

DU
PINCEMENT LATÉRAL
DE L'INTESTIN

ET DES

HERNIES DIVERTICULAIRES ÉTRANGLÉES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Janvier 1887

Par Georges GERMA,

Né à CANET d'Aude.

Ancien Interne des Hôpitaux de Nîmes.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE BOEHM ET FILS

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,
IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

—
1887.

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... DOYEN
GRASSET..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	COMBAL (✱ ✚).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	CAVALIER (✱).
Physique médicale.....	MOITESSIER (✱).
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✱).
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON (✱ ✚).
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	DUMAS (LÉON).
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Opérations et Appareils.....	GRYNFELTT.
Pathologie externe.....	CHALOT.
Anatomie pathologique et Histologie (Chargé de Cours).	CARRIEU.
Anatomie (Chargé du Cours).....	BIMAR.
Thérapeutique et Matière médicale (Chargé du Cours) ..	MOSSÉ (✱).

Doyen honoraire : M. J. BENOIT (O. ✱ ✚)

Professeurs honoraires : MM. MARTINS (O ✱), DUPRÉ (✱ C ✚).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées ..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN. (✱).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. CARRIEU.	MM. BLAISE.	MM. TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSÉ (✱).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU ✱.	FORGUE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, *président* ;
JAUMES, *professeur* ;
REGIMBEAU, *agrégué*.
BLAISE, *agrégué*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

G. GERMA.

A MON PÈRE, MON PREMIER MAITRE,

Docteur en Médecine.

A MA SŒUR.

A MON FRÈRE CHARLES,

Avocat.

A MES GRANDS PARENTS.

A MON BEAU-FRÈRE,

Inspecteur adjoint des Forêts.

A TOUTE MA FAMILLE.

G. GERMA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE Professeur TÉDENAT.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NÎMES

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT.

A MES AMIS.

G. GERMA.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548323_0049

INTRODUCTION.

Un auteur écrivait, il y a deux siècles : « Les mêmes maladies prennent des formes si différentes que quelquefois on ne les reconnaît plus et rien n'est plus important, en médecine, que de connaître l'histoire de leurs variations ». Nous avons eu récemment encore, pendant notre Internat à Nîmes, l'occasion d'apprécier la justesse de cette pensée par l'observation du cas suivant.

Une femme d'un embonpoint considérable se présentait à l'hôpital, dans le courant du mois d'août dernier, avec tous les symptômes de l'étranglement herniaire. Cependant un examen rapide ne fit découvrir aucune tumeur, et comme, de plus, les personnes qui l'accompagnaient affirmèrent que, depuis deux jours que les accidents persistaient, le cours des matières fécales n'avait jamais été interrompu, on pensa à une péritonite, et la malade fut envoyée dans le service médical. Le lendemain matin, les accidents avaient continué. Des vomissements bilieux se répétaient fréquemment ; la prostration était extrême ; une selle s'était produite immédiatement avant la visite.

Notre chef de service, M. le D^r Carcassonne, confirma le diagnostic et prescrivit un traitement approprié. Le soir à notre contre-visite, nous pûmes, avec notre collègue et ami Besse, constater par la palpation dans la région inguino-crurale droite la présence d'une tumeur presque imperceptible, profondément située et peu douloureuse. Cette tumeur était-elle une hernie ou un ganglion ? C'est la question que nous nous sommes posée sans la résoudre. Le second jour, la malade n'ayant eu depuis la veille au-

cune autre évacuation par l'anus, prit un purgatif. Celui-ci produisit une véritable débâcle à la suite de laquelle les accidents s'amendèrent. L'amélioration ne fit que s'accroître, et quelques jours après la malade sortait complètement guérie. Il ne restait non plus aucune trace de la tumeur que nous avions trouvée à l'aîne.

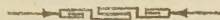
Il eût été intéressant de constater par l'autopsie ce qui s'était passé. Sans elle, nous avons dû nous borner à de simples hypothèses. La péritonite n'était plus admissible à la suite de la marche et de la disparition rapide des accidents. Avions-nous eu affaire à un étranglement intestinal? Mais alors, comment expliquer le libre cours des matières plusieurs jours après le début des accidents? L'idée nous vint qu'il y avait eu peut-être simple pincement intestinal. Amené ainsi à étudier cette affection peu connue et à peine signalée dans les auteurs classiques à cause de sa rareté, nous avons jugé à propos de faire de sa description le sujet de notre Thèse inaugurale. A l'étude du pincement nous avons, sur le conseil d'un de nos Maîtres, ajouté celle des hernies diverticulaires étranglées. Ces deux affections, comme on le verra, ont beaucoup de points communs et peuvent ainsi être rapprochées.

M. le professeur Tédénat a bien voulu nous fournir les indications bibliographiques qui ont facilité nos recherches. Nous le remercions bien vivement.

Notre travail comprendra donc deux parties: dans la première, nous étudierons le pincement latéral. La seconde sera consacrée à la description des hernies diverticulaires.



DU
PINCEMENT LATÉRAL
DE L'INTESTIN
ET DES
HERNIES DIVERTICULAIRES ÉTRANGLÉES



PREMIÈRE PARTIE
DU PINCEMENT LATÉRAL DE L'INTESTIN

—————
DÉFINITION ET DIVISION DU SUJET.
—————

SYNONYMIE. — Pincement herniaire. — Hernie de Richter. — Entérocele partielle étranglée.

On entend par pincement latéral l'étranglement d'une hernie formée par une portion seulement de la circonférence de l'intestin, l'autre portion restant libre dans la cavité abdominale et constituant un canal plus ou moins large qui permet, dans quelques circonstances, le cours normal des matières fécales.

On ne doit pas confondre le pincement, tel que nous venons de le définir, avec ce que Gosselin décrit sous le nom de « hernies incomplètes ». Celles-ci sont, il est vrai, formées par une

partie du calibre de l'anse intestinale, mais elles ne sont pas étranglées, et ce caractère essentiel leur manque pour constituer le pincement vrai. Cela revient à dire que le pincement latéral n'est qu'une variété de l'étranglement herniaire. Aussi ces deux affections ont-elles plusieurs signes qui leur sont communs.

Voici le plan que nous avons suivi dans la rédaction de ce travail.

Il sera divisé en sept chapitres.

Le premier sera consacré à l'Histoire de la question. Pour mieux faire connaître l'opinion des auteurs, et pour nous éviter des redites, nous serons souvent obligé de les citer textuellement. On trouvera également dans ce chapitre quelques intéressantes observations, les premières publiées sur le sujet, et que nous avons cru bon d'y placer à cause de leur importance en date.

Dans le second chapitre, nous étudierons le mode de production du pincement latéral.

Le troisième sera consacré à l'exposition des symptômes.

Dans le quatrième, nous étudierons les lésions anatomo-pathologiques de l'affection qui nous occupe.

Nous nous efforcerons, dans le cinquième, d'en établir le diagnostic, et nous consacrerons le sixième au traitement.

Enfin, dans le septième et dernier chapitre, nous rapporterons les quelques observations qui n'ont pu trouver place dans le cours de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

L'histoire du pincement herniaire remonte au commencement du XVIII^e siècle. Les auteurs antérieurs à cette époque n'en font aucune mention.

Nous le trouvons signalé pour la première fois dans un Mémoire de Littre, présenté en 1700 à l'Académie des Sciences. Sous le titre de *Nouvelle espèce de hernie*, cet auteur rapporte une observation de hernie formée par un diverticulum, et ce n'est qu'incidemment et à propos de l'origine qu'il assigne à ce diverticule, qu'il parle du pincement de l'intestin. Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement les principaux passages de cette observation :

« J'ouvris, le 30 juin 1699, le cadavre d'un homme fort charnu, mort subitement à l'âge de 48 ans avec une hernie à l'aine gauche, qui avait commencé après un effort, cinq ans avant sa mort, et qui était insensiblement descendue jusqu'au fond du scrotum. Parcourant les intestins grêles de ce cadavre les uns après les autres, et étant parvenu vers la fin de l'iléon, je m'aperçus qu'il était arrêté par une de ses parties dans le sac de la hernie. J'eus de la peine à l'en retirer, quoiqu'il n'y fût retenu par aucune adhérence. La circonférence entière du corps de l'intestin ne formait pas cette hernie, comme il arrive ordinairement, mais seulement la partie opposée à celle qui est attachée immédiatement au mésentère. Cette partie d'intestin avait d'abord été engagée dans les anneaux de l'aine à l'occasion d'un relâchement que l'effort dont j'ai parlé avait causé au péritoine par la contraction alternative des muscles du ventre et du diaphragme, par la pente du lieu,

par le mouvement vermiculaire des intestins et par la pesanteur de la matière contenue dans la cavité des intestins, parce que les parois des anneaux de cet homme fort charnu, ayant fortement résisté à leur écartement, avaient refusé l'entrée au reste de la circonférence du corps de l'intestin. Cette résistance, avec les autres causes dont je viens de parler, n'a pas empêché la continuation du canal intestinal vers l'an us par la partie attachée immédiatement au mésentère, laquelle, demeurant libre et sans compression dans le ventre, avait encore conservé la forme de canal. »

« Elle a aussi donné lieu à l'allongement de la partie de l'intestin engagée dans les anneaux, laquelle, étant pressée extérieurement par la paroi de ces anneaux et poussée en bas par les causes déjà rapportées, avait, en s'allongeant, formé une espèce d'appendice à cet intestin..., etc. » Suit une longue description de cet appendice.

Donc, d'après Littre, il y avait eu d'abord pincement, et le diverticule avait été formé par l'allongement de la portion d'intestin pincée. Nous aurons plus loin à discuter cette opinion. Il nous suffit de retenir, pour le moment, que le pincement herniaire a été signalé pour la première fois à propos d'une hernie diverticulaire.

L'observation que nous venons de rapporter est suivie de quelques considérations. Notons seulement les signes pouvant servir au diagnostic: la liberté du ventre, l'absence ou la rareté des vomissements, qui ne présentent jamais le caractère fécaloïde, l'absence de hoquet et de ballonnement de l'abdomen, le retard dans l'apparition des symptômes généraux, qui sont d'ailleurs moins violents que dans les cas ordinaires. Pendant l'opération, on reconnaît cette hernie à ce « qu'il n'y a qu'une partie de la circonférence du corps de l'intestin d'engagée », et qu'elle est toujours formée par l'intestin seul, sans épiploon. Quant au pronostic, il est toujours funeste si l'on n'a recours à l'opération avant que la gangrène ait fait un grand progrès.

En 1714, Littre donne une nouvelle observation, insérée comme la précédente dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences*. Elle a trait à un pincement du côlon, et constitue le premier cas de ce genre qui ait été publié. Nous en reproduisons les principaux détails.

PREMIÈRE OBSERVATION. — « Une dame que j'avais vue malade d'une hernie, en était morte ; je fis l'ouverture de son cadavre. Cette hernie était formée par une petite portion du côlon. Cette portion du côlon contenue dans la poche *n'y était pas enfermée dans toute sa circonférence* ; il en restait quatre lignes dans le ventre. Après la dissection de la hernie, je n'eus pas de peine à concevoir pourquoi la malade, quoiqu'on ne réduisit pas sa hernie, ne laissait pas d'aller à la selle, puisqu'il restait encore à la partie étranglée du boyau une issue qui établissait une communication avec le gros intestin jusqu'au fondement. »

Le travail de Louis¹ (1757) (*Sur la cure des hernies intestinales avec gangrène*) renferme un important chapitre sur le cas où « l'intestin n'est pincé que sur une petite surface ». L'auteur signale les symptômes particuliers étudiés par Littre et donne à l'appui plusieurs observations. Il reconnaît cependant « que les évacuations alvines peuvent être supprimées sans qu'on puisse en conclure que tout le diamètre de l'intestin est étranglé, et que la constipation peut accompagner la hernie où l'intestin n'est que pincé et même en être l'effet ». Il avance ce fait d'après une observation de Covillard (*Obs. iatro. chirurg.*, Obs. xix) qu'il rapporte. De même, les vomissements de matières stercorales n'ont pas, d'après lui, la valeur diagnostique que leur avait accordée Littre, car un cas de Gélibert, chirurgien à Alzonne (Languedoc), lui a nettement démontré que ces vomissements peuvent exister aussi dans le pincement. « On a toujours regardé, dit-il, le défaut

¹ Mém. de l'Acad. royale de Chirurg., tom. III, pag. 147.

d'évacuation par les selles et le vomissement de matières stercorales comme les marques caractéristiques de l'étranglement de tout le diamètre de l'intestin dans les hernies. Nous venons de faire voir que la constipation ne prouvait rien, puisqu'elle pouvait avoir lieu dans le cas même où l'intestin n'était que pincé. Le vomissement des matières fécales ne doit pas passer aussi pour un signe décisif. »

P. Pott (*Œuvres chirurgicales*, 1777) se borne à signaler la gravité de ces hernies. Chez un de ses malades, la gangrène se produisit avant quarante-huit heures. La cause de cette mortification rapide lui paraît devoir être attribuée à ce que, le mésentère n'étant pas compris dans la tumeur, l'intestin subit tout seul la constriction. Aussi, la conséquence pratique à tirer de ce fait est la suivante : « Le danger est immédiat et menace la vie si l'on n'administre pas les secours les plus prompts. »

Georges Arnaud (*Traité des hernies*, 1749) mentionne seulement, sans s'y arrêter, le pincement de l'intestin. Il en donne dans son *Mémoire de chirurgie* (t. II, pag. 605), une observation qui manque de détails cliniques, où il ne rencontra « qu'une très petite quantité d'intestin qui n'excédait pas la moitié d'une petite noix et n'était que pincée et en bon état ».

Nous trouvons de plus longs développements dans le *Traité des hernies* de Richter ¹, publié en Allemagne en 1788. — L'auteur consacre, en effet, un chapitre spécial aux pincements d'intestin, qu'il nomme aussi *petites hernies*, *hernies latérales*, *entéroçèles partielles*. Après avoir décrit le siège de ces hernies, il signale les difficultés de leur diagnostic, la violence de l'étranglement, la variabilité de la symptomatologie. « L'étranglement, dit-il, est ordinairement très violent, en partie parce que l'anneau est peu distendu et possède une forte élasticité, et d'autre part parce que l'intestin est placé seul dans la hernie et que la pression de l'an-

¹ Trad. par Rougemont.

neau sur lui n'est point diminuée par l'épiploon ni le mésentère.»

Quant à la constipation opiniâtre que l'on observe parfois dans l'étranglement de ces « petites hernies » contrairement à la règle formulée par Littre, Richter l'admet à l'exemple de Louis, mais en faisant remarquer qu'elle manque surtout quand le côlon est pincé et qu'elle accompagne souvent le pincement de l'intestin grêle. Il montre ensuite que ces hernies se terminent souvent par gangrène ou par la formation d'une fistule stercorale, et il passe à l'étude des moyens de traitement. Ceux qui lui paraissent le plus recommandables sont les antiphlogistiques, les manœuvres de taxis (situation pendante), mais surtout les lavements de tabac, qui, en excitant avec énergie le mouvement vermiculaire des intestins, permettent d'espérer que ceux-ci, « en se contractant avec force, pourront retirer la portion pincée de l'anneau ». Si ces moyens sont infructueux, il faut pratiquer l'opération. Richter croit inutile et difficile l'ouverture du sac : inutile, parce que dès qu'on incise l'anneau l'intestin et son sac rentrent ordinairement aussitôt ; difficile, parce que, la hernie présentant une petite surface très tendue, on pourrait blesser l'intestin.

En 1779, Morgagni, dans son ouvrage *De causis morborum et sedibus*¹, apporte quelques nouveaux documents au sujet qui nous occupe. Notons d'abord l'observation suivante, que nous avons résumée.

OBS. II. — (Epist. XXXIV, art. 15). — Une femme atteinte d'une petite hernie crurale, qu'elle avait l'habitude de réduire elle-même, n'ayant pu y parvenir, « fut atteinte de fièvre, de vomissements et des autres symptômes de l'étranglement, si ce n'est pourtant qu'il lui fut toujours possible d'avoir quelques évacuations ». Transportée à l'hôpital, elle y mourut le 20 novembre 1704. A l'autopsie, on trouva un sac petit, épais. L'étranglement était formé par le ligament de Poupart, au dessous duquel « était

¹ Trad. du latin par Desormeaux et Destouet.

interceptée une portion de l'intestin côlon, de telle sorte qu'il restait une voie assez ouverte à travers cet intestin, la paroi correspondante à l'orifice du petit sac étant seule enfermée dans la hernie ».

Morgagni fait remarquer que cette observation est identique à celle de Littre. D'ailleurs des faits analogues auraient été recueillis par Palfyn, Biennais, Fabrice de Hilden. Cependant nos recherches à ce sujet ont été infructueuses.

Les symptômes spéciaux que présentent ces hernies sont notés avec soin par l'auteur : « elles se reconnaissent surtout par la circonstance que les déjections ne sont jamais empêchées ».

L'observation suivante (résumée) lui a cependant démontré que cette proposition est trop absolue et que parfois les choses se passent autrement.

Obs. III. — Un portefaix âgé de 59 ans avait à l'aîne droite une hernie de la grosseur du pouce, qui disparaissait quelquefois. Pris subitement et sans cause connue des accidents de l'étranglement et transporté à l'hôpital six jours après leur apparition, le malade présentait les symptômes suivants : Pouls fréquent, petit, résistant ; ventre tendu, ballonné surtout au-dessous de l'hypochondre droit ; vomissements alimentaires ; constipation absolue depuis quatre jours. — Aggravation de l'état général. Mort.

A l'autopsie, on put constater que la portion d'intestin grêle située au-dessus de la hernie était distendue par des excréments liquides. « Mais tout ce qui restait du tube intestinal était contracté et blanc ; en sorte qu'il était évident qu'il n'était rien passé par la partie de l'iléon qui appartenait à la hernie, quoique le tube même de l'intestin n'entrât point dans l'orifice de celle-ci, et qu'il passât de l'autre côté sans y pénétrer et en n'y envoyant qu'une portion de sa paroi, qui s'était relâchée en forme d'une cavité demi-ovale. »

Les causes auxquelles Morgagni attribue cette absence de selles

malgré la persistance d'une partie du canal intestinal sont les suivantes : la paralysie ou la contracture de l'intestin produites par le tiraillement et l'interception d'une partie de la circonférence, peut-être l'inflammation, qui « opérerait cet effet en tuméfiant les vaisseaux et les parois ».

Roux (*Mélanges de chirurgie*, 1809) et Pelletan (*Clinique chirurgicale*, 1810) signalent le pincement latéral de l'intestin sans insister. Celui-ci en relate un cas qui manque absolument de détails.

En 1812, Scarpa, dans son *Traité pratique des hernies*¹, donne de plus longs développements. Voici d'abord une intéressante observation.

Obs iv. — « Un homme succomba à la violence de l'étranglement d'une hernie inguinale formée par une très petite portion de l'iléon. Pendant tout le cours de la maladie, cet homme avait eu, par intervalles, des nausées et des vomissements. Mais ses déjections n'avaient point cessé de sortir par les voies naturelles, et quelquefois même elles avaient été abondantes. La hernie, qui, lorsque l'étranglement se déclara, égalait le volume d'un œuf de poule, avait tellement diminué le quatrième jour, qu'elle était restée fort petite et qu'elle semblait prête à rentrer complètement. C'est là ce qui avait induit le chirurgien en erreur et l'avait détourné de faire l'opération. Le huitième jour, les symptômes de l'étranglement étaient devenus plus intenses qu'ils n'avaient encore été. Enfin, la nuit suivante, le malade avait rendu par haut et par bas des matières noirâtres très fétides, et immédiatement après il était mort. »

Autopsie. — Ouverture du sac. « L'intestin iléon n'était que pincé dans une partie de sa circonférence², et cette partie formait

¹ Trad. de l'italien par Cayol.

² Scarpa a figuré la disposition de cette hernie dans l'atlas qui accompagne son ouvrage ; voir planche IX.

une petite tumeur dure, noirâtre, intimement adhérente à la paroi postérieure du col du sac herniaire qui formait l'étranglement. De l'eau injectée par la partie supérieure de cet intestin ne passait qu'avec difficulté dans sa partie inférieure en suivant la paroi opposée à l'étranglement. Il est hors de doute que pendant la vie le passage des matières fécales éprouvait les mêmes difficultés, car la partie supérieure de l'intestin était plus large que l'inférieure. »

Scarpa a aussi étudié le mécanisme de ces hernies. Il les a simulées sur le cadavre en pinçant tantôt un tiers, tantôt les deux tiers de la circonférence de l'intestin, pendant qu'il faisait injecter de l'eau par le bout supérieur. Dans ces expériences, il a constaté que l'eau injectée ne passait pas dans le segment inférieur de l'intestin lorsque le pincement comprenait les deux tiers de la circonférence. Lorsque, au contraire, il n'en comprenait qu'un seul tiers, le liquide passait avec plus ou moins de difficulté, suivant que l'éperon formé à l'intérieur du canal intestinal par ce bord mésentérique était plus ou moins saillant. Ces faits permettent à l'auteur d'expliquer pourquoi, dans ces circonstances, « les matières fécales ne cessent pas quelquefois de sortir par les voies naturelles, et d'autres fois elles se suppriment totalement ».

Richerand, dans l'article *Hernie* du *Dictionnaire des Sciences médicales* (1817) parle du peu de gravité des symptômes : « Ils se bornent à des coliques plus ou moins vives, à des nausées, à des vomissements peu inquiétants ».

En 1818, Lawrence (*Traité des hernies*, trad. de l'anglais par Béclard et Cloquet), donne sur la question les détails suivants : « L'obstacle au passage des matières contenues dans l'intestin peut n'être pas aussi marqué quand une partie seulement du diamètre de l'intestin est étranglée. Cependant il existe souvent à un aussi haut degré dans ce cas que lorsqu'une anse incomplète est incarcérée. » Mais, comme cela arrive aussi dans une

simple épiplocèle où il n'y a pas d'intestin déplacé, ce phénomène lui paraît devoir être rapporté plutôt à l'inflammation qu'à l'obstruction mécanique du canal.

Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, 1822) consacre quelques pages à l'étude de la gangrène dans le pincement de l'intestin, qui ne sont que le résumé de ce qu'avait déjà dit Louis.

Delpech, dans son ouvrage sur les *Maladies réputées chirurgicales*, résume la question d'une façon si claire que nous n'hésitons pas à reproduire le passage : « Il arrive quelquefois, lorsqu'une hernie s'étrangle, à l'instant même où elle vient de paraître ou peu de temps après qu'elle s'est manifestée, qu'une anse d'intestin n'est pas comprise tout entière dans le sac herniaire, mais seulement une portion plus ou moins considérable du diamètre du conduit intestinal. Cette espèce de hernie est rarement volumineuse ; mais, comme l'ouverture herniaire n'a pas eu le temps d'être fort distendue, les parties y éprouvent une constriction très violente. Cette dernière circonstance donne à la tumeur une rénitence beaucoup plus marquée et une forme ordinairement globuleuse, ce qui a fait donner à ces hernies le nom de « marronnées ». On sait qu'elles sont accompagnées de dangers très pressants, et que celui de la gangrène suit de très près le moment où l'étranglement s'est déclaré. Cependant l'intestin est seulement pincé par une partie de son diamètre ; une portion de sa cavité reste libre et peut encore suffire au passage des matières et des gaz ; il n'y a point d'accumulation, point de distension douloureuse au-dessus du point étranglé ; les selles peuvent n'être point supprimées et les vomissements sont quelquefois rares et légers. Néanmoins l'affaissement rapide de la tumeur, la couleur brune de la peau, annoncent la mortification des parties. La hernie s'ouvre par une ulcération ou par la séparation des eschares. L'issue des matières stercorales ne permet pas de douter que l'intestin n'ait été mortifié, etc., etc. »

Gosselin s'est occupé à plusieurs reprises du pincement latéral.

En 1844, dans sa Thèse d'agrégation, il signale la lenteur et le peu d'intensité des symptômes, ainsi que la difficulté du diagnostic.

En 1859, dans un Mémoire¹ que nous n'avons pu nous procurer, il appelle l'attention sur les trois points suivants : 1° La rapidité plus grande de la gangrène et de la perforation sur les anses incomplètes que sur les anses complètes ; 2° La fréquence plus grande de l'anse incomplète dans la hernie crurale, où il l'a rencontrée quatre fois, que dans la hernie inguinale, où il n'a pas encore eu l'occasion de la rencontrer ; 3° La difficulté d'établir positivement le diagnostic de cette variété de hernie dans la plupart des cas ; lacune regrettable, car si le chirurgien pouvait distinguer la présence d'une anse incomplète, il serait autorisé à ne pas prolonger autant les tentatives de taxis et à opérer plus promptement.

Enfin le même auteur, en 1865, dans ses *Leçons sur les hernies abdominales*, publiées par Labbé, étudie les causes de la mortification rapide de l'intestin dans les hernies pincées.

Paul Broca (Thèse agrégat., 1853) ne parle du pincement herniaire que pour dire combien il est rare. « On l'a bien plus souvent diagnostiqué sur le vivant que constaté sur le cadavre ».

Berger signale également la rareté de cette affection. Il dit n'en connaître que quatre cas.

Nous avons pu, grâce à des recherches sérieuses, recueillir, soit dans les travaux publiés sur l'étranglement herniaire, soit dans les Bulletins des Sociétés scientifiques de France ou étrangères, un certain nombre de faits précis et suivis d'autopsie, qui nous permettent de conclure que le pincement latéral de l'intestin n'est pas aussi rare qu'on l'a supposé, et qu'il mérite-

¹ Études cliniques sur le traitement de l'étranglement herniaire par le taxis et en particulier par le taxis forcé et prolongé. Bull. Acad. de Méd., 1859.

rait dans les ouvrages contemporains une place beaucoup plus large que celle qu'on lui donne. Ainsi, c'est à peine si les Traités récents de pathologie externe (Follin et Duplay, Poulet et Bousquet, etc., etc.) en font mention.

Nous terminerons cette revue rapide des auteurs qui nous ont devancé dans l'étude du pincement herniaire, en signalant la Thèse de Loviot (Paris, 1879) et l'article de M. le professeur Télienat dans le *Montpellier médical* (mai 1885).

CHAPITRE II

MODE DE PRODUCTION.

Le mécanisme qui préside à la formation du pincement latéral de l'intestin est variable.

Tantôt primitif, c'est-à-dire se produisant d'emblée, le pincement herniaire reconnaît pour cause la résistance et l'élasticité des anneaux qui n'ont pas permis la sortie complète de l'anse, et qui, s'étant laissé distendre sous l'influence d'une augmentation de la pression intra-abdominale, se resserrent immédiatement sur la portion du cylindre intestinal à laquelle ils ont livré passage.

Cette cause, qui n'est en définitive que l'étranglement élastique de Lossen, se produisant sur une anse incomplète, est très fréquente et a été parfaitement indiquée par Littre, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de son Mémoire. « Les parois des anneaux, dit-il, ayant fortement résisté à leur écartement, avaient refusé leur entrée au reste de la circonférence du corps de l'intestin ».

Tantôt consécutif à l'étranglement d'une anse totale, le pincement latéral est dû alors à une fausse réduction par le taxis, ou plutôt à une réduction incomplète.

L'observation suivante de Berger est particulièrement intéressante à ce point de vue.

OBSERVATION V (Résumée).

(BERGER ; *Semaine médicale*, 1883.)

Une femme, âgée de 75 ans, est atteinte d'une petite hernie crurale étranglée. Cette hernie date de trois ans ; elle était réductible et habituellement bien contenue par un bandage. L'étranglement, sur-

venu sans cause appréciable, remonte à quatre jours. Un médecin, appelé dès l'apparition des accidents, pratiqua le taxis et finit par obtenir la réduction des deux tiers environ de la hernie. La malade fut soulagée, mais elle n'éprouva pas ce bien-être indéfinissable qui accompagne de semblables réductions. Ce phénomène frappa le médecin, qui prescrivit un grand bain. Dans ce bain, la malade rendit quelques gaz par l'anús. Comme d'autre part les vomissements avaient cessé, on dut penser que la totalité de l'intestin était rentrée dans le ventre, et que la tumeur irréductible n'était autre chose que l'épiploon. Néanmoins l'inappétence était absolue, le ventre était distendu et très sensible à la pression, la malade éprouvait des coliques intenses. Le médecin ordonna un purgatif d'exploration qui amena deux petites garde-robes accompagnées de gaz, mais ne procura aucun soulagement. Cet état persistant, la malade se décida à entrer à l'hôpital, dans le service de M. Berger.

A l'examen, on trouva dans l'aine une tuméfaction occupant le pli génito-crural. Cette tumeur était douloureuse, elle adhérait par un pédicule aux parties sous-jacentes ; la peau qui la recouvrait était rouge, empâtée. La percussion y révélait un certain degré de sonorité. Après interrogation de la malade, « je restai dans un grand embarras, dit Berger, en présence de cet ensemble de symptômes discordants qui ne répondaient nullement à ce qu'on est accoutumé à considérer comme caractérisant un accident herniaire quelconque ». Se fondant néanmoins sur la persistance de la tumeur qui était douloureuse et sonore, sur le ballonnement du ventre, l'inappétence absolue, la sécheresse de la langue et l'aggravation graduelle de l'état général, M. Berger, après avoir écarté l'hypothèse d'un épiploïte, pensa qu'il s'agissait d'un étranglement par pincement latéral, et pratiqua la kélotomie. Il trouva dans le sac une petite portion d'intestin gangrénée et complètement vide de matières et de gaz, sans doute parce que l'énergie de la constriction n'avait pas permis à ceux-ci d'y circuler. On fixa l'intestin au dehors par une suture soignée ; mais, malgré une amélioration passagère, une pneumonie se déclara, et la malade mourut sept jours après l'opération.

Autopsie. — Les deux poumons étaient le siège d'une hépatisation grise. On constata aussi qu'il s'agissait bien d'un *pincement latéral* tel que l'étranglement ne portait que sur *une partie de la circonférence intestinale*. Il n'y avait pas de péritonite, et des adhérences solides

unissaient l'anse malade à la paroi abdominale. On pouvait passer un instrument du bout supérieur au bout inférieur de l'intestin très librement, sans pénétrer dans la portion d'intestin herniée. L'anse adhérente ayant été incisée sur son bord mésentérique, sa cavité présentait une dépression correspondante à l'anneau herniaire. Cette dépression était due à une sorte d'entraînement du bord convexe de l'anse, qui formait comme un diverticule compris dans la hernie.

Dans la plupart des cas où le mécanisme de la réduction incomplète peut être invoqué, il s'agit de hernies anciennes, plus ou moins bien contenues par un bandage, et qui se sont subitement étranglées après avoir probablement été atteintes antérieurement d'inflammation. Aussi pensons-nous, et plusieurs autopsies confirment notre dire, que la réduction totale est empêchée le plus souvent par des fausses membranes qui unissent le sac au bord libre de l'intestin. Alors en effet, à moins de rompre ces adhérences, les manœuvres du taxis ne peuvent amener qu'une réduction incomplète ou une réduction en masse, c'est-à-dire la rentrée à la fois du sac et de son contenu.

Le mécanisme de production du pincement herniaire que nous étudions a été signalé en quelques mots, dès 1848, par Chapsal, dans sa Thèse inaugurale. Cet auteur fait en effet remarquer que, dans certains cas, « d'habiles chirurgiens ayant réduit des hernies étranglées, les accidents persistaient, et qu'à l'autopsie on a trouvé de petites hernies imperceptibles ».

En dehors de ces deux grands modes de production du pincement latéral, les auteurs en ont rapporté d'autres qui ont été notés spécialement dans certaines observations, et que nous ne saurions passer sous silence. Ainsi, le cas de M. de Saint-Germain (voir Obs. xviii) nous montre qu'une hernie crurale interstitielle, ancienne ou récente et non étranglée, peut, sous l'influence d'un effort, produire un pincement latéral au niveau d'un orifice du fascia cribriformis. « Je crois pouvoir conclure, dit cet auteur à la suite de son observation, que la hernie avait été d'abord une

hernie crurale simple située sous le fascia cribriformis, qu'elle refoulait en masse, et que sous l'influence d'un effort, le fascia résistant trop, elle s'est insinuée par l'orifice précédemment décrit, lequel a produit l'étranglement ». Mais n'y a-t-il pas eu là un pincement primitif, avec cette seule différence qu'une ouverture du fascia cribriformis a joué le rôle d'un anneau abdominal ?

Nous considérons de même comme un pincement herniaire consécutif le cas remarquable de Delaharpe (voir Obs. xvi), où les accidents survinrent à la suite de la réduction seule de l'épiploon d'une entéro-épiplocèle, et où un lambeau d'épiploon resté adhérent à l'anneau fut l'agent du pincement.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous examinerons successivement les symptômes locaux abdominaux et généraux.

1^o SYMPTÔMES LOCAUX. — Comme toutes les hernies, le pincement latéral de l'intestin est constitué par une tumeur ; mais celle-ci a pour caractère constant d'être d'un très petit volume. « Elle présente à peine l'aspect d'un simple bombement », disait Cooper. Elle est parfois si petite, que non seulement elle ne se révèle à la vue par aucune saillie, mais qu'elle peut encore échapper à la palpation et passer complètement inaperçue. Lorsqu'on peut la sentir sous le doigt, cette tumeur paraît être dure, rénitente, irréductible. Elle a le volume d'une noisette ou d'une noix, et une forme cylindroïde ou arrondie. Elle est le siège d'une douleur intense que rend plus vive encore le toucher, et qui s'irradie dans l'abdomen. La percussion pratiquée à son niveau ne donne aucun caractère certain.

Siège. — Les points où l'on doit s'attendre à rencontrer les pincements intestinaux sont d'une manière générale ceux où se forment habituellement les hernies ordinaires. Signalons cependant la fréquence des pincements cruraux, ainsi que cela ressort des observations que nous avons pu recueillir. D'après Duret (Thèse Agrégat., 1883), les hernies directes, c'est-à-dire celles qui se forment à travers la fossette moyenne comprise entre l'artère épigastrique et le cordon de l'artère ombilicale, et les hernies par éraillure ou hernies para-inguinales, c'est-à-dire celles qui se font au-dessus ou au-dessous de l'anneau du grand oblique,

à travers le faisceau de son aponévrose, constituent souvent des pincements lorsqu'elles s'étranglent, car elles sont presque toujours constituées par une anse incomplète.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple de pincement ombilical.

SYMPTÔMES ABDOMINAUX. — Tout étranglement intestinal se signale par l'apparition plus ou moins rapide d'une constipation opiniâtre, de vomissements de matières fécales, de ballonnement du ventre. La cause de ces accidents paraît résider dans l'obstacle mécanique apporté au cours des fèces. Or, dans le pincement latéral, ces symptômes peuvent manquer ou du moins être fort atténués, c'est-à-dire que le malade peut continuer d'aller à la selle, n'avoir que des vomissements alimentaires ou bilieux et ne revêtant pas le caractère fécaloïde. Il n'y a du reste rien d'étonnant à ce qu'il en soit ainsi, puisque, une partie seulement du calibre intestinal étant comprise dans la hernie, l'autre peut encore suffire à l'évacuation des matières et des gaz. Cette liberté du ventre constitue un des points les plus intéressants du pincement herniaire. Les anciens auteurs ne l'avaient pas méconnue et avaient noté toute l'importance qu'elle a au point de vue du diagnostic. « Le cours des matières stercorales, disait Louis, par la continuité du canal intestinal, pendant que l'intestin est étranglé, prouve qu'il ne l'est que dans une partie de son diamètre ». Cependant, pour M. Le Dentu, l'existence de ce symptôme ne saurait impliquer nécessairement la continuité du canal intestinal. Dans un cas qu'il a observé, le malade avait rendu de nombreuses selles liquides pendant toute la durée de la maladie, mais on reconnut à l'autopsie qu'elles ne provenaient nullement du bout supérieur de l'intestin, car celui-ci, fortement distendu, renfermait des matières toutes différentes comme aspect de celles rendues pendant la vie, ainsi que de celles contenues dans le segment inférieur. L'auteur en conclut que si souvent la diarrhée existe dans le pince-

ment herniaire, ce n'est qu'une simple coïncidence, les phénomènes diarrhéiques étant dus uniquement à l'irritation de la partie inférieure de l'intestin produite par la constriction, et non à la persistance d'une partie de son calibre. Cette conclusion nous paraît contestable. S'il y a eu obstacle au cours des matières, dans le cas de M. Le Dentu, c'est parce que ce pincement se rapprochait beaucoup de l'étranglement d'une anse complète. En effet, « le pertuis du diamètre resté perméable avait quatre millimètres, chiffre qu'il faut réduire encore si l'on veut tenir compte du gonflement des parties que la mort avait certainement diminuées ». Nous ne saurions méconnaître non plus que cette apparence de liberté du ventre était uniquement due à une hypersécrétion séro-muqueuse provenant de la partie inférieure de l'intestin et liée à une irritation violente de l'organe, ou peut-être à la paralysie des vaso-moteurs. On a vu quelquefois ce phénomène se produire dans l'étranglement d'une anse complète, et rien ne s'oppose à ce qu'il se produise aussi dans le pincement latéral, et donne alors une fausse apparence de libre circulation des matières. Mais si cette coïncidence a existé dans le cas observé par Le Dentu, nous ne saurions, comme lui, la généraliser et lui attribuer la cause de la possibilité des selles dans toutes les observations où celle-ci a été manifeste. Conclure ainsi du particulier au général nous paraît exagéré. Nous admettons donc que le pincement latéral peut être caractérisé par la perméabilité réelle du canal intestinal, qu'il peut y avoir dans cette affection des évacuations solides et gazeuses, et c'est là un symptôme qui, sans être pathognomonique, a néanmoins une très grande valeur. Par lui, on s'explique facilement, sans que nous ayons besoin d'insister, que les vomissements fécaloïdes, que le ballonnement de l'abdomen, puissent faire défaut. Plusieurs des observations disséminées dans notre travail sont concluantes sur ce point ; nous nous contenterons de placer ici la suivante.

OBSERVATION VI.

(TÉDENAT ; *Montpellier Médic.*, mai 1885.)

Jean A..., âgé de 69 ans, est porteur, depuis une quinzaine d'années, d'une hernie inguinale droite, maintenue constamment par un bandage et restée petite. Le 3 janvier 1884, le ressort du brayer étant rompu depuis quelques jours, la hernie est sortie, dans un effort, un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire et le malade n'a pu la réduire. Quelques heures après, elle est devenue douloureuse. Un médecin appelé le lendemain matin ne peut la réduire. Le malade rend par l'anus des matières solides et des gaz abondants. Dans l'après-midi, douleurs dans le ventre sans ballonnement ; nausées légères ; pouls rapide, petit ; faciès grippé ; malaise général ; la température est plutôt abaissée ; hoquet fréquent et pénible. Le ventre est douloureux, surtout au voisinage de la hernie, qui est dure, du volume d'une noix, plaquée contre l'orifice inférieur du canal inguinal. Elle est le siège de douleurs spontanées vives, qu'exagère la moindre pression.

Le malade a eu dans la journée des selles liquides assez abondantes et des émissions gazeuses par l'anus ayant trop de sonorité et de tenue pour qu'on puisse admettre la non-perméabilité de l'anse herniée ; la sonorité de la hernie met en effet hors de doute l'existence d'une entérocele. Je diagnostique donc un pincement latéral, et, en présence de la gravité de l'état général, je propose une action immédiate et décisive : l'anesthésie et le taxis, et, si celui-ci ne réussit pas, la kélotomie.

Anesthésie facile ; taxis fait sans succès. Kélotomie : sac épais, contenant une cuillerée à dessert de liquide rosé et des fausses membranes récentes. Collet très étroit, débridé sur la sonde cannelée. *Anse incomplète d'intestin* rouge sombre avec plaques ecchymotiques. Le sillon de *pincement latéral* est profond et exulcéré par points ; il décrit, sur la portion d'intestin opposée à l'insertion du mésentère, une sorte d'ellipse ayant un grand axe dirigé selon la longueur de l'intestin, long de 6 centim. environ ; un petit axe de 2 centim. et demi environ.

Excision du sac. Suture des enveloppes superficielles. — Pansement antiseptique compressif.

5 janvier. Nuit bonne ; le malade est calme, se trouve bien. L'amélioration continue les jours suivants. Réunion immédiate. Guérison.

Mais si le libre cours des matières a été manifeste dans plusieurs des cas que nous avons pu réunir, il ne l'a pas été dans tous, et on peut s'assurer que plusieurs fois également la constipation a été aussi absolue, les vomissements fécaloïdes aussi intenses, le ballonnement du ventre aussi considérable que dans le cas où une anse totale est étranglée. Cette variabilité dans les symptômes abdominaux du pincement herniaire n'avait pas échappé aux auteurs. Richter, après avoir cité les faits de Louis et de Garengot, dans lesquels, malgré l'étranglement violent de hernies incomplètes, le ventre est toujours resté libre, ajoute : « On se tromperait si on croyait que cela a toujours lieu, car souvent la constipation est aussi opiniâtre dans l'étranglement des hernies incomplètes que dans celui des hernies complètes ». « Les déjections, dit Boyer, peuvent être supprimées sans qu'on puisse en conclure que tout le diamètre de l'intestin est étranglé. La constipation peut accompagner la hernie où l'intestin n'est que pincé, et même en être l'effet. Le vomissement de matières fécales, qui a été regardé comme un signe caractéristique de l'étranglement de tout le diamètre de l'intestin, ne doit pas passer pour un signe plus décisif, puisqu'on l'a observé chez des malades dont l'intestin n'était que pincé. » Cette circonstance a été manifeste dans l'observation suivante.

OBSERVATION VII.

Hernie inguinale directe intestinale. — Simple pincement de l'intestin.

(REVERDIN : *Bull. Soc. Anat.*, 1869.)

Le jeudi 9 décembre, se présente à l'hôpital Necker (service de M. Guyon) un homme envoyé par médecin de la ville avec le diagnostic : hernie étranglée. Voici l'histoire abrégée de ce malade. Il portait depuis trois ans une hernie inguinale qui rentrait facilement

et n'avait donné lieu à aucun accident. Depuis trois mois, il portait un bandage dont il faisait un usage très peu régulier. Un jour, en allant à la garde-robe, il est pris de coliques violentes, de vomissements, bien que sa hernie ne fût pas sortie. Les jours suivants, les vomissements persistent et deviennent très fréquents, il ne rend ni matières ni gaz par l'anوس, le ventre se tend et les coliques continuent.

Le point de départ des accidents remontant au lundi matin à 8 heures, le malade présente, le jeudi, tous les signes d'un étranglement. L'exploration des trajets inguinaux les montre larges et sans tumeur; à gauche, l'introduction du doigt jusqu'à l'orifice profond est possible, mais très douloureux; il semble qu'il y ait profondément un peu plus de résistance que de l'autre côté. M. Guyon fait des tentatives de taxis de ce côté; il suppose qu'il y a *pincement d'une anse intestinale* à l'orifice interne du canal inguinal.

10 décembre. Nuit mauvaise, coliques vives, vomissements fréquents. A midi, la hernie sort, le malade la rentre sans difficulté. Pas de selles.

11. Les vomissements et les douleurs, un peu calmés, réapparaissent. État général grave. Mort.

A l'autopsie, pas de traces de péritonite. A la partie inférieure de la paroi abdominale, tout près de la symphyse et du sommet de la vessie, on voit une anse intestinale *engagée en partie seulement* dans un anneau péritonéal; le bord mésentérique de cette anse est libre; en tirant par mégarde sur l'intestin, il se dégage brusquement: on constate que la paroi de cet intestin est très congestionnée, mais ne présente aucune trace de gangrène ni de perforation; il n'y a même pas de sillon; la partie pincée se reconnaît à sa coloration plus foncée; elle comprend *les trois quarts environ de la circonférence de l'intestin*. Cette anse est située à 2^m,07 de la valvule pylorique.

Il y a donc, lorsqu'une anse intestinale incomplète s'étrangle, tantôt constipation absolue, tantôt circulation à peu près normale des matières. Quelquefois aussi on constate chez le même malade des alternatives de ces deux symptômes opposés, c'est-à-dire que la diarrhée peut succéder à la constipation, et réciproquement. Le professeur Verneuil a donné de ce phénomène l'explication sui-

vante : « Je crois qu'il faut tenir compte, dans l'interprétation de ces faits, de l'état de contracture dans lequel se présente l'intestin, du rétrécissement dynamique qui accompagne l'étranglement. Lorsque nous pratiquons l'opération de l'anus contre-nature, il nous arrive souvent de ne voir s'écouler, après l'ouverture de l'intestin, qu'une quantité insignifiante de matières ; puis, quelque temps après, il s'en écoule une nouvelle quantité. De même, lorsque nous ponctionnons l'intestin dans les cas d'étranglement, nous voyons une seule anse se vider, une dépression locale de la paroi abdominale se produire de nouveau, et tout le reste de la masse intestinale demeure ballonné. Il y a donc, dans ces conditions pathologiques, des rétrécissements dynamiques et momentanés de l'intestin. Au contraire, ponctionnez l'intestin d'un cadavre, et vous verrez toute la masse intestinale se vider : c'est qu'il n'y a plus le rétrécissement sur lequel j'insiste. »

La constipation qui survient dans les pincements latéraux malgré la perméabilité d'une partie du canal intestinal reconnaît des causes diverses. On peut les diviser en causes mécaniques et dynamiques.

1° *Causes mécaniques.* — Leur rôle a été bien mis en lumière par les expériences de Scarpa. Nous avons déjà dit que cet auteur, en interceptant sur le cadavre les deux tiers de la circonférence de l'intestin, avait remarqué que l'eau injectée dans la partie supérieure passait avec beaucoup de difficulté, ou point du tout, dans l'inférieure, le bord mésentérique faisant dans l'intérieur du canal une forte saillie, et empêchant ainsi la communication des deux bouts ; si au contraire un tiers seulement du diamètre intestinal était intercepté, le bord mésentérique étant moins saillant, le liquide passait plus facilement. Le rôle attribué par Scarpa à l'éperon formé par la paroi adhérente de l'intestin dans l'intérieur de ce conduit ne saurait être nié.

L'arrêt du cours des matières peut être dû encore à un coude

de l'intestin. Or celui-ci se produit parfois dans le pincement herniaire, et devient alors la cause des accidents. L'observation suivante nous le prouve.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(Tirée de la Thèse de COULHON. Paris, 1862.)

Un homme entre à l'hôpital avec les symptômes de l'étranglement herniaire qui remontent à trois jours. Constipation absolue. Taxis sans résultat. — Opération. « L'intestin n'était que *pincé dans une partie de sa circonférence*. La partie d'intestin située au niveau de l'étranglement formait un angle aigu, un coude, de façon à rendre, selon toute probabilité, le passage des matières presque imperceptible. »

A ces causes purement mécaniques, vient s'ajouter plus tard la parésie des parois intestinales due à leur distension exagérée. La tunique musculaire de l'intestin est en effet soumise aux mêmes lois qui régissent tous les muscles. On sait que la vessie distendue outre mesure perd la faculté de se contracter. L'excessive distension des parois de l'utérus produite par l'hydropisie de l'amnios ou par la présence de plusieurs fœtus, peut amener l'inertie de cet organe. De même, l'intestin considérablement distendu par la rétention des matières est frappé de paralysie. Mais nous touchons ici à une cause qui n'est plus mécanique et a sa place marquée dans le groupe suivant.

2° *Causes dynamiques.* — Celles-ci résident dans la tunique musculaire, qui pour quelques auteurs serait paralysée, pour d'autres contracturée.

Dans ces deux circonstances, la constipation s'explique par l'abolition des mouvements péristaltiques, qui sont indispensables à la progression des matières dans le canal intestinal.

La contracture a été invoquée par Dehaën; elle serait, d'après lui, spasmodique et consécutive à l'inflammation. Verneuil

admet cette cause et la décrit sous le nom de rétrécissement dynamique. Elle nous paraît beaucoup moins rationnelle que la paralysie, qui repose sur des faits cliniques et dont l'existence est évidente.

C'est en effet une remarque de physiologie pathologique maintes fois faite que, lorsque l'intestin est étranglé, il est souvent paralysé. Quand on pratique une entérotomie, il faut parfois attendre longtemps avant d'observer des contractions intestinales, et on est alors obligé de les provoquer par des titillations. Il est également avéré que le simple tiraillement de l'intestin peut amener des symptômes analogues à ceux de l'étranglement. Trélat signalait ce fait, il y a quelques années, à la Société de Chirurgie. Or, lorsqu'il y a pincement d'une paroi intestinale, ne se trouve-t-on pas en présence d'une cause de même ordre, mais beaucoup plus puissante qu'un simple tiraillement ? Il n'y a, par conséquent, rien d'extraordinaire à ce que la paralysie de l'intestin puisse survenir dans le pincement herniaire, la constriction exercée sur la partie pincée devenant le point de départ d'une action réflexe paralysante.

Quelques auteurs se sont demandé s'il ne fallait pas faire entrer la péritonite en ligne de compte. Gosselin s'est prononcé en faveur de cette opinion. « Dans bien des cas, dit-il, le resserrement n'est pas très considérable, la communication des parties supérieures de l'intestin avec les inférieures reste libre ; alors, si les vomissements se succèdent, si la constipation se prononce, il faut les attribuer à un trouble nerveux ou à la péritonite ; mais cette dernière joue certainement le principal rôle ». La constipation dans la péritonite aiguë n'est pas un phénomène rare. Elle se produit de deux manières : 1° par propagation de l'inflammation au tissu musculaire de l'intestin, suivant la loi de Stokes ; 2° par action nerveuse : « l'excitation qu'elle détermine dans les nerfs voisins se réfléchit après son passage dans les centres nerveux sur les nerfs splanchniques, et parvient ainsi, conformément

aux expériences de Pflüger, à produire l'arrêt des mouvements de l'intestin» (Thibierge). C'est manifestement à cette cause qu'a été due la constipation dans le cas suivant, où elle persista même après l'opération.

OBSERVATION IX (Résumée).

(Broca ; Thèse d'Agrégat., 1853.)

Femme entrée à l'Hôtel-Dieu, le samedi 7 mai 1853.

Il y a cinq ans, à la suite d'un effort, apparition d'une petite tumeur à l'aine. La tumeur disparaît spontanément au bout de quelque temps. Depuis lors, constipation fréquente, petites coliques sans accidents graves. Le 5 mai, après une marche assez longue, une petite tumeur occupant exactement la même situation que la première se produit brusquement et est accompagnée aussitôt de coliques assez vives.

Le soir, taxis infructueux ; vomissements bilieux. — Un lavement amène une garde-robe.

6 mai. Ventre indolent, tumeur très douloureuse. Les vomissements continuent ; ils sont toujours bilieux ; trois médecins tentent tour à tour le taxis sans résultat. Quelques heures après, les accidents redoublent. Douleur abdominale. Bain. 12 sangsues sur la tumeur. — Samedi 7. Entrée à l'Hôtel-Dieu, face grippée, pâle, yeux caves. Pouls fréquent, filiforme, intermittent ; respiration haletante, langue visqueuse ; ventre très tendu, sonore à la percussion ; la pression abdominale est extrêmement douloureuse ; vomissements incessants, bilieux, inodores ; pas de hoquet, quelques éructations ; constipation complète depuis deux jours. Dans l'aine droite, sous l'arcade de Fallope, existe une petite tumeur globuleuse, mate à la percussion. Cette tumeur, très douloureuse dès les premiers jours, est maintenant presque indolore. — Opération. — Ouverture du sac. Le doigt introduit dans cette cavité finit par trouver une petite tumeur rénitente, un peu plus grosse qu'une noisette et manifestement formée par l'intestin.

Débridement et réduction.

La plaie fermée, les vomissements cessent, mais les selles ne se rétablissent pas, et la malade succombe le lendemain matin.

Autopsie. — *Péritonite générale.* — Intestin grêle distendu et très enflammé au-dessus du point qui a été le siège de l'étranglement.

Celui-ci portait sur le tiers inférieur de l'intestin grêle; il n'avait pas embrassé la totalité de l'anse intestinale; il n'en avait *pincé que les deux tiers*.

Mais si nous admettons que l'arrêt du cours des matières puisse être sous la dépendance de la péritonite, nous ne croyons pas devoir lui attribuer, comme le fait Gosselin, le principal rôle. Nous pensons, au contraire, que les accidents sont dus le plus souvent aux troubles nerveux que détermine la constriction. Car, outre que la constipation ne coïncide pas toujours, dans le pincement herniaire, avec l'existence de l'inflammation du péritoine, comment expliquer que celle-ci ait eu le temps de se propager si vite à la tunique musculaire de l'intestin, quand la rétention des matières fécales se produit dès le début de la maladie, ce qui est la règle ? Comment expliquer encore par la péritonite la disparition rapide de ces accidents, aussitôt l'intestin dégagé ?

Avec la paralysie réflexe, au contraire, tout s'explique, et le vieil adage *Sublatâ causâ, tollitur effectus* reçoit son application. Nous entendons parler de l'action réflexe dont l'agent constricteur est le point de départ, cela va sans dire. Il ne saurait plus être question en effet, pour les raisons que nous venons d'indiquer, de la paralysie déterminée par la péritonite.

3° *Symptômes généraux*. — De même que les symptômes abdominaux que nous venons de passer en revue, les symptômes généraux du pincement herniaire varient comme aspect et comme intensité, suivant les circonstances. Ils peuvent revêtir d'emblée la physionomie la plus redoutable, et on peut retrouver ici cet état général cholériforme caractérisé par la pâleur de la face, des sueurs froides, la prostration des forces, un pouls misérable, etc., etc., que Berger a mis en lumière. Cependant, le plus souvent il n'en est pas ainsi, et les symptômes sont peu graves, malgré un étranglement des plus serrés. De l'inappétence, des nausées, quelques vomissements bilieux, tels sont les seuls signes par lesquels se

manifeste la maladie. A part cela, le malade reste absolument calme, son pouls est bon, et rien dans sa physionomie ne peut faire soupçonner la gravité des lésions qui le menacent. Cependant le danger est pressant, et, comme le dit avec raison M. Le Dentu, cette bénignité des symptômes est une circonstance qui doit faire redoubler d'attention plutôt que d'inspirer une grande sécurité. C'est pour ne pas avoir eu présente à l'esprit cette marche insidieuse de la maladie, que quelques chirurgiens, et des plus en renom, se sont laissé aller à une temporisation toujours funeste. Les observations suivantes nous le montrent.

OBSERVATION X.

(Service de M. VELPEAU.)

Une femme âgée de 30 ans était entrée à la Charité, dans le service de M. Velpeau, pour une hernie crurale très petite, étranglée depuis deux jours. La malade rendait des gaz par l'anus. Velpeau, ayant jugé qu'il s'agissait d'un étranglement peu serré, ne fit ni taxis ni opération. La malade eut dans les trois jours une petite selle et rendit toujours quelques gaz. Le cinquième jour de l'étranglement, la malade changea subitement d'aspect, prit le faciès péritonéal et mourut.

A l'autopsie, on trouva un *pincement* de l'intestin grêle. Toute la portion pincée était gangrenée, des matières fécales étaient épanchées dans le ventre ; il restait une perforation de l'étendue d'une pièce de un centimètre qui occupait le tiers du calibre de l'intestin.

OBSERVATION XI.

(TRÉLAT ; *Bull. Soc. Chir* , 1871.)

« Une vieille femme fut apportée dans mon service avec des phénomènes d'étranglement peu marqués : Pouls excellent, température normale, pas de ballonnement, absence de selles ; quelques vomissements. Il existait au niveau de l'anneau crural une petite tumeur de nature douteuse. Je prescrivis plusieurs purgatifs qui furent inutiles. Les accidents étaient si peu menaçants que je crus pouvoir attendre

encore ; aussi je fus singulièrement surpris d'apprendre un matin que la malade avait succombé pendant la nuit.

« A l'autopsie, je trouvai des adhérences entre l'épiploon et l'intestin ; ces adhérences exerçaient un tiraillement sur l'intestin, qu'elles attiraient en partie au dehors, *pendant que son bord mésentérique, resté libre et sain, avait échappé à toute influence morbide.* »

« M. Labbé met sous les yeux de la Société un dessin qui représente cette hernie, dans laquelle l'intestin a été entraîné par une bride. *La partie herniée comprend la plus grande partie du calibre de l'intestin, qui ne reste perméable qu'à sa partie supérieure ; l'ouverture restée libre n'a pas un diamètre supérieur à celui d'une petite plume d'oie.* »

OBSERVATION XII.

(CRUVEILHIER ; *Soc. Chirurgie*, août 1871.)

Une femme de 81 ans entre à la Salpêtrière pour un malaise général. De temps à autre des envies de vomir apparaissent. Absence complète de garde-robes. Tout se borne à ces symptômes pendant sept à huit jours, et rien dans l'état général de la malade ne peut faire soupçonner une hernie étranglée. De plus, l'examen attentif, minutieux, de tous les orifices de l'abdomen ne démontre aucune tumeur, et même la pression abdominale n'est pas douloureuse.

Vers le neuvième où dixième jour seulement apparaissent des vomissements fécaloïdes, et cette fois le doute n'est plus possible, d'autant plus que la face se grippe légèrement.

L'entérotomie est pratiquée. Un sentiment de bien-être suivit cette opération. Le poulx, qui était petit, devint plus fort, et la malade put prendre quelques tasses de bouillon sans aucune envie de vomir.

L'amélioration ne fut qu'apparente, car dès le lendemain la malade s'affaiblit, les vomissements reprirent, et la mort ne tarda pas à survenir.

Autopsie. — Une anse intestinale était engagée dans le trou obturateur, *mais elle n'y était pas tout entière.* Il n'y avait, à proprement parler, qu'un *pincement de cette anse*, de sorte que le cours des matières aurait pu, à la rigueur, s'opérer.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur les agents du pincement latéral. Ce sont les mêmes que ceux qui produisent l'étranglement d'une anse complète. Le collet du sac et les anneaux peuvent également être incriminés. Signalons cependant la fréquence avec laquelle ces derniers sont en cause. Il ne saurait en être autrement d'ailleurs lorsque le pincement se produit d'emblée, puisque les accidents surviennent si vite que l'évolution du sac n'a pu encore amener la formation d'un collet. Si nous nous en rapportons aux observations qui servent de base à notre travail, le pincement latéral serait souvent dû au ligament de Gimbernath. Nous avons même relaté une observation de M. le professeur Tédénat où le pincement s'effectua à travers la partie moyenne de ce ligament, fait remarquable par sa rareté dans la pathologie herniaire.

L'intestin est, dans ce cas, toujours fortement comprimé par l'agent constrictor, quel qu'il soit. C'est même là une condition indispensable à la production du pincement latéral, puisque, sans elle, on ne saurait comprendre que la partie intestinale herniée attirée au-dedans de l'abdomen par le reste de l'anse et par le mésentère ne se dégage pas du lien qui la retient au dehors.

Le contenu du sac herniaire est uniquement formé ici par l'intestin. Celui-ci n'est en aucun cas accompagné ni d'épiploon ni de mésentère, ce qui contribue à rendre encore plus serrée la constriction que nous signalions tout à l'heure, et facilite la

production d'adhérences avec le pourtour du collet, soit du côté du sac, soit du côté du péritoine.

Quant au volume de l'intestin hernié, il est variable. Tantôt, en effet, la plus grande partie de l'anse intestinale est pincée, le mésentère seul ou à peu près restant libre dans la cavité abdominale. Ce cas se rapproche beaucoup de l'étranglement d'une anse complète (voir Obs. xxix). Tantôt, au contraire, la partie pincée est beaucoup plus petite. Elle est parfois imperceptible, et on pourra voir que dans l'observation tirée de la Thèse de Bell, elle passa inaperçue même après l'ouverture du sac, et ne se révéla plus tard que par l'établissement d'une fistule stercorale.

On a prétendu que la paroi intestinale pincée pouvait s'allonger en forme de diverticule comparable à celui de l'appendice vermiculaire. « Lorsque le côté pincé d'un intestin, dit Richter, reste longtemps dans l'anneau ou dans une autre fente quelconque de la circonférence du bas-ventre, il peut être peu à peu distendu par les vents et par les excréments, et être changé en un sac long ou une espèce de bourse ». Littre a expliqué de cette façon la formation des hernies diverticulaires qu'il a observées. Après lui, Méry, Morgagni, Malgaigne ont partagé la même opinion, et, plus récemment encore, Le Dentu et Berger ont admis la possibilité de ces faits (voir Obs. v). Nous reviendrons sur cette question dans la deuxième partie de notre Thèse.

Passons maintenant à l'étude des lésions qui peuvent se produire sur l'intestin qui n'est étranglé que sur une partie de sa circonférence. Ces lésions sont identiques à celles qui arrivent dans l'étranglement d'une anse totale, et suivent la même marche. Elles en diffèrent seulement par la rapidité avec laquelle elles évoluent, et par leur étendue.

C'est en pareille circonstance qu'on prétend avoir vu la gangrène survenir après trente-six et vingt-quatre heures et quelquefois plus tôt (seize heures dans un cas observé par Gosselin).

Le pincement latéral se comporte en cela comme les petites entéroécèles, qui, on le sait, se gangrènent d'ordinaire très vite. Tous les auteurs qui ont écrit sur le pincement herniaire ont signalé ce point de son histoire. « L'étranglement d'une portion seulement de la circonférence amène plus vite la gangrène que celui d'une anse complète », dit Sanson. Gosselin a mentionné ce fait à plusieurs reprises, notamment dans une conclusion de son Mémoire de 1859.

Cette mortification rapide de la partie intestinale pincée reconnaît des causes diverses qui peuvent se réduire aux deux suivantes : Le défaut d'apport sanguin et l'absence des moyens de protection. On comprend facilement qu'une anse complète étranglée puisse encore recevoir du sang, malgré la constriction, par les vaisseaux mésentériques. Or ici le mésentère n'est pas compris dans la hernie ; la circulation est donc interrompue dès le début de l'étranglement et, par suite, la gangrène arrive plus tôt. On comprend également que l'intestin, étant seul dans le sac, sans épiploon ni mésentère, doive subir, sans être protégé contre elle, toute la constriction exercée par l'anneau. Or il est indiscutable que dans les entéroécèles, où cette condition se trouve réalisée, la gangrène est plus rapide que dans l'étranglement d'une entéro-épiplocèle, où l'épiploon joue par rapport à l'intestin un rôle protecteur contre la constriction. Louis a ajouté que les lésions graves qu'on observait dans ces circonstances étaient dues à ce que, la hernie étant petite et peu douloureuse, les malades se plaignaient trop tard. Mais, comme le fait justement remarquer Gosselin, si ce motif rend compte de la fréquence des lésions, il ne peut expliquer leur rapidité.

La gangrène, dans ce cas, est toujours peu étendue. Elle est limitée à la portion d'intestin pincée dont elle n'occupe même souvent qu'une faible partie. Elle se présente sous forme de petites plaques, peu larges, et ne ressemblant en rien sous ce rapport à celles qui existent sur une anse complète étranglée. Au bout d'un

temps plus ou moins long, ces eschares tombent et il se forme alors des perforations dont la grandeur est proportionnelle à la plaque gangréneuse qui leur a donné naissance. Ordinairement très petites, ces perforations peuvent se réunir en assez grand nombre sur le même point et constituer la perforation en arrosoir. Grâce aux adhérences qui se sont ordinairement formées entre l'intestin et le collet du sac, les accidents se passent dans l'intérieur de ce dernier, les matières fécales ne s'épanchent pas dans la cavité péritonéale. Le phlegmon stercoral évolue sans qu'il survienne extérieurement ni douleur ni inflammation, et se termine par la formation d'une fistule stercorale que Richter a appelée « occulte », à cause de la bénignité des symptômes qui accompagnent sa production. Ces fistules se ferment quelquefois d'elles-mêmes au bout d'un certain temps, par les seules ressources de la nature. Les observations de Louis, Garengot, Gasc (*Journal de Méd.*, tom. XXXIV) le prouvent.

M. Tédénat, qui a aussi observé plusieurs guérisons analogues, en donne la raison suivante : « La guérison de ces fistules s'explique très bien par le peu d'étendue de la perte de substance, et surtout par le peu de développement ou par l'absence de l'éperon. Dès l'instant où le bord mésentérique s'est retiré quelque peu dans la cavité abdominale, les matières trouvent une voie facile vers la portion d'intestin située en dessous de la perforation, qui ne tarde pas à se cicatriser. » Voici comment Lawrence explique dans ce cas le rétablissement du cours des matières par les voies naturelles : « Dans une hernie de ce genre, l'inflammation adhésive unit le péritoine, qui forme le col du sac, à la partie saine de l'intestin ; et les deux bouts de celui-ci, après la séparation de la partie mortifiée, s'ouvrent dans une cavité membraneuse, formée en avant par une portion du sac péritonéal, et qui réunit alors les extrémités du canal. Si l'angle saillant n'est pas trop considérable, les matières intestinales peuvent entrer de la partie

supérieure du canal dans cette cavité membraneuse, et passer de là dans la partie inférieure. La contraction graduelle de la plaie ferme la cavité membraneuse à l'extérieur, et, de cette manière, la continuité du canal est rétablie. Les deux bouts cependant ne sont pas joints de manière à former un canal cylindrique, continu, comme celui de l'intestin naturel ; mais ils sont unis sous un angle plus ou moins aigu, et les matières qui passent de l'un dans l'autre décrivent un demi-cercle dans la cavité membraneuse nouvellement formée, qui complète le canal. »

Le pronostic est évidemment moins grave que si la gangrène était plus étendue. Nous venons de voir que la guérison pouvait s'obtenir au prix d'une fistule stercorale qui elle-même s'oblitére progressivement. Cependant le malade n'est pas toujours hors de danger, car les adhérences qui existent le plus souvent entre l'intestin et le collet du sac peuvent manquer, et alors les matières fécales se versent dans l'abdomen. Complication fâcheuse, qui amène presque sûrement la mort du malade par péritonite suraiguë.

Outre la gangrène, il existe encore une autre lésion que l'on constate souvent : nous voulons parler des ulcérations qui siègent d'habitude sur le sillon qui délimite le contour de la portion intestinale pincée. Ces ulcérations reconnaissent pour cause un étranglement très serré, et c'est ce qui explique leur fréquence dans le pincement latéral. Mais le mécanisme de leur production est-il purement mécanique ? C'est l'opinion de Gosselin, qui dit : « Toutes les tuniques semblent coupées mécaniquement, sans que pour cela il y ait gangrène autour de la solution de continuité. »

Nicaise (Thèse, 1866), qui a bien étudié cette lésion, fait intervenir en plus un élément dynamique, l'inflammation. Pour ce dernier auteur, la destruction des membranes se fait progressivement de dedans en dehors. La muqueuse disparaît la première avec son épithélium et ses glandes. Puis, c'est le tour de la tuni-

que musculaire. La séreuse cède la dernière habituellement. Cependant on l'a vue quelquefois s'ulcérer la première, et la perforation s'est faite dans ces cas contrairement à la marche ordinaire. D'ailleurs Scarpa admettait les deux modes, et les expériences de Labbé en ont démontré la possibilité. Notons aussi que ces perforations sont toujours en rapport avec le bord le plus tranchant de l'agent constricteur.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du pincement latéral de l'intestin est entouré de nombreuses difficultés. Si l'on considère, en effet, les diverses nuances que peut présenter la symptomatologie de cette affection, on n'aura pas de peine à se rendre compte que dans bien des circonstances elle ait été méconnue pendant la vie et ne se soit révélée qu'à l'autopsie.

Disons tout de suite que le diagnostic entre le pincement herniaire et l'étranglement d'une anse complète est presque impossible. Il n'a pas du reste toute l'importance qu'on pourrait croire. Ce qu'il est surtout nécessaire de reconnaître, c'est l'étranglement, peu importe après qu'il soit complet ou latéral. Nous savons en effet que le pincement n'est qu'une variété de l'étranglement et que les indications sont les mêmes dans les deux cas, surtout s'il s'agit d'une petite entérocele étranglée qui peut seule être confondue avec un pincement latéral et qui offre le même danger. L'erreur ne sera donc pas préjudiciable au malade. Malheureusement l'étranglement sera, lui aussi, difficilement diagnostiqué dans ce cas, car une foule de circonstances peuvent entraîner des erreurs.

Tantôt, en effet, les signes locaux se dissimulent aux yeux du chirurgien; tantôt les accidents généraux, insidieux à leur tour, l'induisent en erreur.

1° Les *signes locaux* peuvent manquer ou être obscurcis parce que la tumeur est petite ou profonde.

Celle-ci peut encore être masquée par un excès d'embonpoint du sujet ou par un ganglion placé au-devant d'elle.

Citons quelques exemples.

Ainsi, Sanson fut trompé par la petitesse de la hernie dans le cas suivant, rapporté par Gosselin.

OBSERVATION XIII.

Femme de 63 ans, présentant depuis plusieurs jours les symptômes d'un étranglement peu intense. Cette femme portait au niveau de la région crurale une petite tumeur. Elle assurait n'avoir jamais eu de hernie. Sanson exerça quelques pressions sur cette tumeur. Les accidents persistèrent. On reconnut à l'autopsie qu'une *petite partie de la circonférence de l'intestin grêle* avait été prise dans une hernie crurale dont on voyait encore le sac.

Dans le cas de Delaharpe (voir Obs. xvi), « la hernie, fort petite, placée à la partie supérieure du canal inguinal, ne pouvait être constatée par le toucher au travers des parois épaisses de l'abdomen parce qu'elle pendait en quelque sorte dans la cavité abdominale ».

Dans une autre circonstance, le même auteur avait vu succomber une femme « qui présentait tous les symptômes rationnels d'un étranglement, *quoique sans constipation*, chez laquelle *un pli de l'intestin grêle gisait pincé* sous une glande inguinale mobile et indolente ».

Nous avons trouvé dans la Thèse de Broca le cas suivant, observé par Chomel : Une femme très grasse avait eu tous les symptômes d'un étranglement, mais n'avait présenté ni tuméfaction ni douleur dans le voisinage des ouvertures naturelles, ni à leur niveau. A l'autopsie, on trouva une hernie crurale presque *imperceptible*.

Adolphe Murray publie une observation avec autopsie d'un cas de *pincement herniaire* d'une portion de la circonférence de l'iléon, avec cette particularité qu'une *petite tumeur graisseuse, très compacte et adhérente au sac herniaire, était placée sur la hernie et la recouvrait* (Loviot, Thèse citée).

Dans ces circonstances, « le chirurgien, dit Gosselin, peut

croire à un étranglement intestinal, et à l'autopsie se trouver en présence d'une petite hernie due à la sortie d'une minime partie de la circonférence de l'intestin, ce qui explique l'absence de saillie appréciable. Lors donc que l'on reconnaît les signes de l'étranglement, avant de prononcer que celui-ci est interne, on ne saurait examiner avec trop de soin ; il ne faut pas s'en rapporter au malade, qui peut ignorer s'il a une hernie ; il faut chercher soi-même s'il n'y a pas, dans les régions occupées par les orifices naturels du ventre, une petite tumeur sur laquelle la pression soit douloureuse. »

2° D'autres fois, la tumeur est constatée, mais la marche insidieuse de la maladie, la bénignité ou l'absence de certains symptômes (vomissements fécaloïdes, constipation) font hésiter le chirurgien sur sa nature. C'est en pareil cas qu'on a attribué les accidents à un ganglion enflammé, alors qu'il s'agissait réellement d'un pincement latéral. La communication suivante, faite par M. Lemée à la Société de Chirurgie (1879) est très instructive sur ce point.

« La malade en question avait bien le faciès altéré et caractéristique de l'étranglement ; elle avait le pouls serré et fréquent ; elle vomissait tout ce qu'elle prenait, mais le ventre n'était pas ballonné et, au lieu de la constipation, quelques garde-robes diarrhéiques s'étaient montrées dès le début de l'étranglement. Deux symptômes cependant avaient entraîné la conviction de M. Lemée et lui servirent à lever les craintes de ses Confrères : d'une part l'altération des traits, de l'autre la présence dans l'aîne d'une tumeur récente et douloureuse au toucher. L'opération fut donc commencée ; mais à peine les couches superficielles furent-elles incisées, que l'opérateur rencontra un ganglion placé au-devant du sac, lequel donna naissance à une nouvelle discussion entre les médecins présents. M. Lemée fit judicieusement observer à ses Confrères que si ce ganglion eût donné lieu aux accidents d'étranglement, il n'eût pu provoquer de tels accidents

qu'à la condition d'être enflammé. Comme il ne l'était pas, M. Lemée en conclut avec raison que la cause des accidents était plus profonde. En conséquence, il passa outre, écarta ce malencontreux ganglion, ouvrit le sac, reconnut *le pincement de l'intestin*, dilata l'anneau avec une sonde cannelée et réduisit la portion herniée.»

« M. Anger dit que M. Lemée termine sa communication par une réflexion qui paraît sujette à contestation, dans le sens général qu'il lui donne, en semblant prétendre que l'altération caractéristique du faciès est une raison suffisante pour intervenir dans des cas semblables. Si cette altération des traits était spéciale aux étranglements herniaires, il aurait raison de se baser sur son existence pour en déduire une indication spéciale. Mais il n'en est rien, et nous savons que toutes ou presque toutes les affections intestinales graves s'accompagnent du faciès hippocratique. La vraie indication d'intervenir dans ce cas, c'était la présence dans l'aîne d'une tumeur dure, douloureuse et irréductible. Si cette tumeur eût manqué, on n'aurait pas su où faire porter l'intervention chirurgicale. »

Nous venons de dire que le diagnostic différentiel entre le pincement herniaire et l'étranglement n'avait pas une bien grande importance. Cette affirmation est généralement vraie. Néanmoins il y a parfois un réel intérêt à porter ce diagnostic, car lorsqu'on parvient à reconnaître l'existence d'un pincement latéral, on est autorisé dans ce cas à opérer plus tôt en raison de la rapidité des lésions. La petitesse de la tumeur, les circonstances qui ont accompagné le début des accidents, la bénignité ou l'absence de certains symptômes, pourront mettre sur la voie. Mais quels signes incertains ! La persistance des évacuations de matières fécales aurait peut-être plus de valeur, si elle existait. « Or si l'on songe, dit M. le professeur Tédénat, combien l'appréciation du régime des fèces est rendue souvent difficile par l'administration de lavements successifs, on jugera du peu de valeur que, dans la

plupart des cas, l'existence des selles a, au point de vue du diagnostic, entre un étranglement complet et un pincement latéral.» Et d'ailleurs cette liberté du ventre ne peut-elle être due à ce que le bout inférieur du tube intestinal se vide des matières qu'il contenait avant la production des accidents ? « On doit alors, dit Louis, juger par la facilité avec laquelle le malade va à la selle... Question délicate et d'appréciation difficile » (Tédenat). Cette difficulté disparaît évidemment si la maladie date de plusieurs jours, et on pourrait également, comme le pense M. Tédenat, attribuer une valeur plus grande à l'existence d'évacuations gazeuses, surtout si elles se faisaient sonores et prolongées.

Il nous reste, pour terminer ce chapitre du Diagnostic, à signaler la cause d'erreur suivante.

Nous avons vu que les manœuvres du taxis peuvent amener une réduction partielle de l'anse intestinale étranglée et transformer ainsi un étranglement complet en pincement latéral. Quand cela arrive, comme la tumeur a diminué de volume et que les accidents persistent, le chirurgien peut croire que ceux-ci sont dus à la péritonite ou à une diminution du calibre de l'anse herniée, et méconnaître ainsi leur véritable cause. Le malade est alors exposé à tous les dangers que nous avons signalés. On doit donc être prévenu de cette éventualité, afin de ne pas, le cas échéant, se laisser induire en erreur. Voici comment, dans une circonstance analogue, Berger arriva au diagnostic : Le malade, qui présentait les symptômes classiques de l'étranglement, avait subi une manœuvre de taxis à la suite de laquelle la hernie était rentrée (au moins en apparence). Consécutivement à cette opération, le malade put rendre des matières et des gaz. Mais comme l'état général ne s'améliorait pas, Berger crut à une fausse réduction. Il fit alors un examen minutieux des divers points de l'abdomen, et trouva une tumeur profonde qui, en raison de sa petitesse, échappait à la vue. Dès lors, la difficulté du diagnostic devenait moindre, car on pouvait seulement hésiter entre deux variétés

d'accidents : une épiploïte ou un pincement latéral. L'épiploïte pouvait s'expliquer par la réduction de l'intestin seulement, la hernie ayant été une entéro-épiplocèle. Se basant sur ce que des symptômes peu intenses seuls peuvent faire admettre la première hypothèse, et que la seconde doit être reconnue vraie à la marche rapide des accidents, à des coliques vives et surtout à l'inappétence absolue, qui est bien rare quand il n'y a pas étranglement et ne s'observe guère dans la simple épiploïte, Berger conclut à l'existence d'un pincement latéral, et ce diagnostic fut plus tard confirmé par l'autopsie.

De ce qui précède, nous pouvons déduire que le pincement latéral est souvent méconnu, soit à cause de la difficulté du diagnostic, soit parce que l'attention est rarement portée du côté de cette affection, relativement peu commune. Mais que le chirurgien songe à la possibilité de sa production lorsqu'il se trouvera en présence d'un tableau symptomatique quelque peu différent de celui que présente l'étranglement herniaire. Il a toujours le devoir de faire un examen rigoureux de la paroi abdominale, d'explorer avec soin les régions herniaires, de fouiller avec le doigt le canal inguinal dans toute sa longueur, et bien souvent alors une tumeur imperceptible et profondément située, une douleur aiguë et localisée que réveille la pression, le mettront sur la voie de la vérité, lui indiqueront le point où l'intestin est pincé et sur lequel doit porter son action.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue les différentes méthodes de traitement employées contre l'étranglement herniaire, et qui peuvent, d'une manière générale, être appliquées au pincement latéral de l'intestin. Nous nous proposons seulement d'examiner les indications spéciales que présente cette dernière affection et d'exposer rapidement les meilleurs moyens de les remplir.

La principale de ces indications est d'agir au plus tôt, car, si la temporisation est toujours nuisible en présence d'une hernie étranglée, elle l'est assurément beaucoup plus dans ce cas particulier où le péril est rendu plus grand par la rapidité avec laquelle évoluent les lésions.

Aussi, nous ne dirons des moyens médicaux rien autre chose, sinon qu'ils sont complètement inefficaces et qu'il y aurait danger à s'attarder à leur application. Certains auteurs ont cependant recommandé l'usage du purgatif d'exploration, et d'autres l'emploi des lavements de tabac (Richter). Nous pensons qu'il vaut mieux aller droit au but et recourir de suite aux moyens chirurgicaux.

On pourra essayer du taxis. D'après M. Tédénat, celui-ci réussit rarement après vingt-quatre heures, et expose souvent alors à la réduction d'un intestin perforé. Il expose également à la réduction en masse plus que dans les hernies volumineuses à anse complète. Les pressions seront méthodiques, modérées et exercées seulement pendant quelques minutes. Elles ne pourront d'ailleurs être mises en usage dans beaucoup de cas de pincement

latéral, à cause de la petitesse de la tumeur, de sa profondeur et, par suite, du peu de prise qu'elle offre. On aura alors à recourir à la kélotomie. Le chirurgien ne devra pas hésiter à pratiquer cette opération, quand bien même le diagnostic ne serait pas absolument sûr. En présence des faits nombreux où de pareilles hésitations ont été funestes aux malades, en présence des magnifiques résultats de la chirurgie antiseptique, opérer dans des circonstances analogues ne saurait être une témérité. Nous avons vu que Richter croyait inutile et dangereuse l'ouverture du sac dans cette opération (voir Historique). Notre conviction est, au contraire, qu'il faudra toujours l'ouvrir. Il importe en effet de connaître l'état de l'intestin hernié. Ne pas suivre cette ligne de conduite serait s'exposer à rentrer dans l'abdomen un intestin perforé ou gangrené. Or on sait combien ces lésions sont fréquentes et rapides dans le pincement herniaire. Cette ouverture du sac n'a pas d'ailleurs aujourd'hui les inconvénients et les dangers qu'on a pu jadis lui imputer. « La suture occlusive du sac ou sa ligature circulaire au voisinage du collet rendent l'ouverture du péritoine peu dangereuse, surtout si l'on emploie le pansement de Lister » (Tédénat). Le sac ouvert, si l'intestin est sain, on le réduit avec précaution et on referme le sac et la plaie : M. le professeur Tédénat emploie à cet usage le catgut chromique. S'il est perforé ou gangrené, que doit-on faire ? Lorsque la perforation est large, la gangrène étendue, on établit, comme dans les cas ordinaires, un anus contre-nature. Mais ce n'est pas la règle dans le pincement latéral, où les lésions sont habituellement limitées à un très petit espace.

Se basant sur les données de l'expérience, Broca dit que la réduction dans ce cas peut être effectuée comme si l'intestin était sain, sans que pour cela les matières s'épanchent dans le ventre. D'après un article de Piachaud (*Arch. gén.*, 1851), M. Velpeau a suivi cette conduite et s'en est bien trouvé. Gosselin et Nélaton se sont montrés, avec juste raison, plus réservés pour admettre

ce procédé. M. Cloquet et A. Cooper ont suturé les lèvres de la perforation. Mais comme le fait judicieusement remarquer Beaudier (Thèse, 1875), cette pratique, qui a pu réussir et qui réussit en effet en cas de plaie de l'intestin alors qu'il n'y a aucune altération circonvoisine, trouve ici l'intestin dans un état de vitalité trop douteux pour donner un résultat satisfaisant. Aussi, pensons-nous qu'il serait plus prudent, plutôt que d'exposer le malade à une péritonite par épanchement de matières fécales, de laisser l'intestin au dehors, après avoir débridé, et de l'y maintenir. On pourra alors attendre, avant de le réduire, que la perforation se soit fermée, et si celle-ci persiste, s'il se forme une fistule stercorale, on aura évité tout danger en respectant les adhérences formées entre l'intestin et le pourtour du collet.

En somme, et malgré les quelques indications spéciales dont nous venons de parler, on peut dire que le traitement du pincement latéral est le même que celui de l'étranglement, et l'opérateur, à part son intervention, qui doit être plus rapide dans les cas de hernie incomplète, n'a pas d'autre conduite à tenir, d'autre pratique à suivre que celles qui lui sont imposées dans l'étranglement d'une anse totale.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(Tirée de la Thèse de BELL. Paris, 1834.)

23 mars. Une femme qui n'avait jamais eu de hernie, ressentit dans le ventre, après s'être fatiguée, de vives coliques qui se propageaient dans l'aîne droite; elle s'aperçut que cette région était occupée par une tumeur grosse comme un petit œuf. Elle prit un lavement qu'elle rendit avec quelques matières.

Les jours suivants, les coliques augmentèrent, des vomissements se produisirent.

1^{er} avril. Deux lavements huileux furent rendus avec quelques matières stercorales. Malgré cela, les coliques, les nausées et les vomissements persistèrent, mais avec peu de violence.

2. Entrée à l'Hôtel-Dieu. — La tumeur de l'aîne droite, peu saillante, était dure, profonde, irréductible. La peau qui la recouvrait était rouge, enflammée; le ventre n'était pas tendu, les coliques étaient moindres, les vomissements n'avaient pas reparu depuis la veille. Le pouls était faible, sans fréquence. M. Sanson, jugeant qu'il y avait étranglement et que le bien-être et l'amendement survenus n'étaient qu'une rémission, se décida à opérer. — Ouverture du sac. — « Les recherches les plus minutieuses ne purent faire découvrir une portion intestinale; la plaie fut pansée sans être réunie immédiatement. »

3. Le calme continue. — Un nouveau lavement amène avec lui quelques matières. M. Dupuytren voit la malade et annonce que la tumeur de l'aîne était formée par un kyste.

Les jours suivants, la malade va à la selle.

8. Au moment de la visite, en faisant le pansement, on voit des matières fécales liquides sortir du fond de la plaie. Dès lors, plus de doute sur le caractère de la tumeur. « M. Dupuytren annonce qu'il y avait une anse intestinale engagée sous l'arcade crurale, qu'il n'y avait que *simple pincement*. »

OBSERVATION XV (Résumée).

(L. BOYER ; *Revue médic.*, janvier 1849.)

M. D..., âgé de 50 ans, porte, depuis plus de trente ans, une petite hernie crurale dont il ne s'est jamais préoccupé. Le 17 juillet 1846, il fut pris, sans cause connue, de vomissements opiniâtres et de violentes coliques. Un médecin, ayant été appelé, crut à l'existence d'un état inflammatoire gastro-intestinal et prescrivit un traitement approprié. La constipation, qui n'existait pas au début, s'étant déclarée, on administra au malade un lavement purgatif. Le lavement fut rendu et accompagné d'une évacuation qui éloigna l'idée d'une obstruction intestinale. Les jours suivants se passèrent avec des alternatives diverses ; cependant les vomissements bilieux ne cessèrent jamais complètement, et finirent même par devenir fécaloïdes. Le médecin constata alors l'existence d'une hernie, pratiqua le taxis, et, la tumeur paraissant réduite, appliqua un spica. Cependant les accidents continuèrent, les vomissements étaient plus fréquents, l'état général s'aggravait. Le D^r L. Boyer fut alors appelé et l'opération fut décidée. « Le sac largement ouvert dans toute son étendue est excessivement petit ; il s'en écoule une petite quantité de liquide puriforme, sanieux et fétide. Il ne contient pas d'épiploon, mais seulement une très petite anse intestinale, peut-être même incomplète, grise, flasque et très évidemment gangrenée. C'est à peine si le sac est assez grand pour admettre l'indicateur, qui cherche à contourner cette petite portion d'intestin afin d'arriver à l'anneau. Celui-ci est très serré et le débridement en est très difficile ». L'intestin gangrené fut maintenu au dehors par un fil de soie. Loin de s'amender, les symptômes devinrent plus violents et le malade mourut quarante-deux heures après l'opération.

Autopsie. — « L'anse herniée n'est pas complète, les deux tiers seulement de l'intestin sont engagés dans l'anneau. Le tiers adhérent au mésentère reste en arrière dans la cavité abdominale, et il est possible, sans aucun tiraillement, de faire passer la sonde du bout supérieur dans l'inférieur, leur réunion se faisant derrière l'anneau sous un angle très émoussé. L'anneau est presque dans toute sa circonférence adhérent à l'intestin. En réalité, il y avait donc pincement des deux tiers à peu près de la circonférence de l'intestin. »

OBSERVATION XVI (Résumée).

(DELAHARPE, de Lausanne ; *Gazette hebdomad.*, 1856.)

Le nommé Gyger, âgé de 28 ans, entré à l'hôpital de Lausanne le 1^{er} novembre, raconta que depuis longtemps il portait à l'aîne droite une tumeur herniaire qu'il réduisait sans difficulté et qu'il n'avait contenue jusqu'ici par aucun brayer.

Le 30 octobre, disait-il, sa hernie était sortie sans qu'il pût la réduire ; des symptômes d'étranglement s'étant manifestés, il avait fait appeler un chirurgien qui l'avait réduite avec beaucoup de peine. Une forte dose d'huile de ricin et des lavements de tabac n'avaient amené aucune évacuation ; l'huile avait été rejetée par vomissement. Les efforts firent sortir de nouveau la hernie le lendemain matin. Deuxième réduction. — Les vomissements persistent ; alors le malade est envoyé à l'hôpital.

A son arrivée, Gyger a la face grippée, souffre de vives douleurs d'entrailles qui sont exaspérées par la palpation. Pas de selles. La hernie est parfaitement réduite. On ne sent aucune tumeur au pli de l'aîne. Pouls petit, faible, fréquent. Les jours suivants, aggravation de ces symptômes. Vomissements fécaloïdes répétés. Mort le 4 novembre.

Autopsie. — Le canal inguinal fendu dans toute sa longueur présente une étendue d'environ 6 centim. Sa cavité admet aisément le doigt indicateur. A sa partie supérieure, il est complètement formé par une tumeur molle, ovalaire, d'un noir rougeâtre, de la forme et de la grosseur d'une prune sauvage. Cette tumeur, étranglée à l'orifice supérieur du canal, adhère intimement aux bords de l'orifice ; les adhérences se détruisent sans tiraillement. En fendant l'anneau constricteur, on pénètre dans la cavité abdominale, et l'on s'assure en même temps que la tumeur est formée par un segment de l'intestin grêle dépendant de l'anse intestinale brunâtre vue dans l'intérieur. Ce segment comprend *les trois quarts du calibre de l'intestin* ; la portion non comprise dans l'étranglement ne laisse pas passer les matières formées dans l'intestin.

OBSERVATION XVII.

(PAUL; *Bull. Soc. anat.*, 1859.)

V..., âgée de 57 ans, fut atteinte, il y a dix-huit ans, d'une hernie crurale très peu volumineuse et siégeant à l'aîne gauche. Cette hernie la gênait peu ; aussi n'y fit-elle pas grande attention ; elle se contenta de la maintenir quelque temps par un mauvais bandage.

Elle n'y songeait plus, lorsque, vers la fin de décembre 1858, dans un effort, sa hernie ressortit et elle fut prise de vomissements si violents dans la même journée qu'elle se décida à entrer à l'hôpital le lendemain.

Le soir de son entrée, on constatait dans l'aîne gauche une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située au-dessous du ligament de Fallope. La peau avait conservé sa couleur et sa mobilité ; mais on sentait au dessous un corps dur, immobile, adhérent aux parties profondes. Le ballonnement du ventre, l'altération des traits, les vomissements abondants de matières jaunâtres à odeur stercorale, firent reconnaître immédiatement une hernie crurale étranglée.

On essaya le taxis à plusieurs reprises, d'abord avec le chloroforme, puis, après un bain d'une heure ; ces tentatives échouèrent. Le lendemain matin, le chirurgien essaya de nouveau, et, ne pouvant réduire la tumeur, fit une incision aux parties extérieures, ouvrit le sac et trouva une petite tumeur rouge lie de vin, grosse comme une petite noisette, formée par une petite portion d'intestin grêle herniée. Il put par des pressions modérées réduire la hernie, et ne fut pas obligé de faire des débridements. Les vomissements cessèrent dans la journée et la malade parut mieux, mais elle mourut bientôt avec des symptômes d'adynamie profonde.

Autopsie.— La dissection de la pièce montre que le viscère hernié était formé par une partie de l'intestin grêle dont le calibre n'était pas compris en totalité dans l'étranglement. Ce n'était, en un mot, qu'un pincement de l'intestin. Un cercle rougeâtre bordé d'une petite ulcération, existant sur les deux tiers de la circonférence, surtout du côté du bout supérieur de l'intestin, indique le lieu de l'étranglement.

OBSERVATION XVIII.

(SAINT-GERMAIN ; *Société anat.*, 1860.)

Hernie crurale étranglée chez un vieillard mort d'hémorrhagie du plancher du quatrième ventricule. La hernie a été réduite ; l'anse, parfaitement libre, appartenait à l'iléon. L'intestin n'avait été *pincé dans l'anneau que dans une partie de sa circonférence* ; d'où il résulte que la circulation des matières fécales aurait encore pu avoir lieu si le fronnement de l'intestin n'avait rétréci encore cette partie du canal intestinal sus-jacente à l'étranglement.

OBSERVATION XIX.

(DIEUZAIDE ; Thèse de Paris, 1862.)

R..., âgée de 60 ans, a une hernie crurale gauche habituellement réductible et maintenue par un mauvais bandage. Depuis huit jours, sa hernie est sortie à la suite d'un effort, et a déterminé des accidents peu graves dès le début. Mais les coliques sont devenues plus vives, les vomissements, plus fréquents et même fécaloïdes. La constipation a persisté depuis le début.

On trouva dans l'aîne gauche une tumeur du volume d'un marron, douloureuse. La peau est rouge à sa surface.

Opération.— Ouverture du sac. On rencontre d'abord de l'épiploon et au-dessous une tumeur rouge de la grosseur d'une aveline, formée par l'intestin.— Réduction. Hémorrhagie dans la soirée. Syncope. Mort.

Autopsie.— Pas de péritonite. La portion d'intestin étranglée n'intéresse *qu'une partie de la circonférence*. On voit une ligne circulaire noire au niveau de l'étranglement ; au centre, un point très aminci, mais non perforé.

OBSERVATION XX.

(DESPRÈS ; Thèse d'Agrégation. Paris, 1863.)

T... Louise, âgée de 45 ans, entre le 29 mai 1861 dans le service de M. Velpeau. Cette femme porte depuis douze ans une hernie cru-

rale droite maintenue par un mauvais bandage. Le dimanche 19 mai, la hernie devient douloureuse, la peau rougit à son niveau, l'abdomen se gonfle et devient très sensible : constipation opiniâtre, vomissements exhalant une odeur fétide ; fièvre.

Tous ces accidents durent jusqu'à l'entrée de la malade, à l'exception des vomissements, qui ont cessé depuis hier. La tumeur paraît du volume d'une petite noix ; la peau qui la recouvre est rouge ; le ventre, ballonné, est très douloureux à la palpation. Plus de vomissements, pas de selles ; faciès injecté, rouge ; pouls vif à 90 pulsations environ.

Légère tentative de taxis. Glace sur la tumeur ; potion opiacée.

30 mai. Bain avant la visite ; pas de sommeil ; douleurs abdominales plus vives ; ni vomissements ni selles. Même volume de la tumeur ; la rougeur a disparu. — Taxis et réduction de la hernie.

La malade présente une certaine agitation ; face rouge ; pouls vif et fréquent. Deux heures après, délire, mouvements désordonnés. — Mort sans agonie.

Autopsie. — La tumeur est disséquée avec soin ; l'intestin est enlevé.

On voit alors une large perforation circulaire de 2 centim. de diamètre, occupant la moitié de la circonférence libre de l'intestin.

Il s'agit évidemment d'une *hernie du bord libre de l'intestin* ; toute la portion herniée semble avoir été détruite par la gangrène, car l'anse d'intestin ne paraît avoir subi aucune déformation à part la vaste perforation de la portion engagée.

OBSERVATION XXI (Résumée).

(Tirée des *Arch. G. Phy.-Heilk.* Stuttgart.)

Traduit de l'Allemand, *Union médicale*, 1866.

Un homme de 59 ans présente le tableau complet des symptômes de l'étranglement. Il n'existe cependant aucune apparence de hernie étranglée. L'inspection de la région pubienne fait découvrir un point douloureux au niveau de l'angle formé par la rencontre des branches horizontale et descendante du pubis. Un chirurgien porte le diagnostic de hernie sous-pubienne, et pratique le taxis, qui ne réussit pas. Les symptômes s'aggravent et le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — On constata l'existence d'adhérences de l'intestin grêle

dans l'excavation pelvienne ; le poids de l'intestin déchira ces adhérences, et il s'échappa du trou ovalaire une petite portion d'intestin, semblable à un diverticule, ayant un pouce de longueur environ, et offrant une coloration rouge foncée ; il se continuait avec la paroi décolorée du tube intestinal, sur le bord opposé au mésentère.

Le point d'où il s'échappa correspondait à l'orifice même situé à l'angle supérieur et interne du trou ovale, dans lequel il s'était étranglé. La portion herniée comprenait les *trois quarts du cylindre de l'intestin grêle*, ce qui rendait celui-ci presque imperméable.

OBSERVATION XXII.

(Tirée de la Thèse de R. NICAISE, 1866, pag. 98.)

Intestin étranglé dans une portion de sa circonférence. — Large perforation. —
Pas de gangrène.

Antécédents. — Hernie ancienne, rentrant facilement. Renseignements très incomplets. Depuis quatre jours la hernie ne peut rentrer; vomissements très fréquents, fécaloïdes; constipation opiniâtre ; coliques.

23 septembre. Les symptômes d'étranglement continuent; le taxis est infructueux et la malade refuse l'opération.

Le 24 au matin, ventre plus ballonné, plus tendu, plus douloureux; vomissements abondants, fécaloïdes. La malade a rendu par l'anus, à trois ou quatre reprises et sans lavement, un liquide d'odeur infecte, moins épais que celui des vomissements. — Taxis. M. Tarnier voulait opérer malgré l'existence des selles ; M. Gosselin hésitait et était disposé à attendre à cause des selles, phénomène insolite. Lavement purgatif.

Visite du soir. — Vomissements dans la journée; selles assez abondantes, avec les mêmes caractères; douleurs abdominales très vives; pouls faible; malade très affaiblie; refroidissement des extrémités.

Le 25 au matin, aphonie, pouls petit et rapide, faciès altéré, refroidissement des extrémités. Quatre selles dans la nuit; la malade a en outre fait sous elle.

Le soir. Deux ou trois selles dans la journée sans lavement purgatif. — Mort à 8 heures du soir.

Autopsie. — La hernie est formée par l'intestin grêle. *Une portion*

seulement de la circonférence est serrée. La partie herniée occupe la face antérieure de l'intestin; elle se détache du cylindre intestinal et lui adhère par une circonférence rétrécie; elle a le volume et la forme d'une noix. A l'union de la tumeur avec le bout supérieur, il existe à droite une large perforation.

OBSERVATION XXIII (Résumée).

(Thèse de NICAISE.)

Un homme présente depuis cinq jours les accidents de l'étranglement. La hernie a le volume d'un petit œuf de poule. — Opération et réduction. Il survient une péritonite, et le malade meurt.

Autopsie.— L'étranglement siégeait à peu près à la partie moyenne de l'intestin grêle, et il ne portait que *sur une portion de la circonférence de cet intestin.*

OBSERVATION XXIV (Résumée).

(De ROUBAIX; *Bull. Acad. de Médec. de Belgique*, 1867.)

Une femme portait à la région crurale droite une petite hernie qu'elle n'avait maintenue par aucun bandage. Le 3 décembre, elle fut prise, sans cause connue, de nausées, de douleurs vagues dans l'abdomen. Transportée le 4 à l'hôpital, elle eut dès son entrée des vomissements. L'examen fait découvrir dans le pli de l'aîne droite une tumeur arrondie, de la grosseur d'un marron, dure, résistante, douloureuse à la pression. Cette tumeur est située au-dessous du ligament de Fallope et en avant des vaisseaux fémoraux. Le ventre est ballonné, et il n'y a pas eu, depuis six jours au moins, de garde-robe. — Une tentative de taxis ne donne aucun résultat.

Le 7, même état. Pas de vomissements. — Un lavement purgatif est administré et rendu avec quelque peu de matière fécale dure.

Le 8, pas de changement. La tumeur est cependant un peu plus douloureuse. — On prescrit le même lavement purgatif que celui donné la veille. Il est rendu seul d'abord; mais ensuite, et peu d'instants après, la femme annonce qu'elle a besoin d'aller à la garde-robe et rend des matières fécales liquides.

Le 9, la face est grippée, le ventre météorisé et douloureux. Au mo-

ment de la visite, la malade vomit des matières qui ont une odeur prononcée de matières fécales. L'opération est décidée. Ouverture du sac. « La hernie était formée en avant par de l'épiploon, constituant une enveloppe épaisse à *une portion du cylindre intestinal pincée et étranglée* par le collet de la masse graisseuse, qui avait elle-même contracté des adhérences au niveau de l'ouverture aponévrotique ».

OBSERVATION XXV.

(BLUM ; *Société Anatomique*, 1869.)

Hernie crurale étranglée, non diagnostiquée pendant la vie et trouvée à l'autopsie d'une femme de 60 ans, à la Salpêtrière. Sac herniaire entouré d'une bourse séreuse de nouvelle formation, laquelle aurait pu, pendant une opération, être confondue avec le sac lui-même.

Le collet du sac et non le fascia cribriformis étranglait l'intestin, mais incomplètement, de telle sorte que les liquides et les gaz pouvaient circuler. *Une portion seulement de la circonférence de l'intestin était étranglée.*

OBSERVATION XXVI (Résumée).

(THAOM ; *Bull. Soc. Chir.*, 1871.)

D..., âgé de 46 ans, porte une hernie qui n'a jamais été maintenue par un bandage et rentre entièrement lorsqu'il est couché.

Le 25 avril au matin, il est pris subitement de coliques et de vomissements. Le 26 avril, on constate l'existence d'une hernie crurale droite, de la grosseur d'une noix, douloureuse au toucher, à peine sonore à la percussion, sans gargouillement. L'état général du malade est bon, le ventre normal ; les selles sont suspendues depuis la veille ; des vomissements verdâtres se sont montrés deux fois. — Taxis infructueux. Application de glace sur la tumeur. Repos absolu.

Le 27, l'état général n'a pas changé. — Anesthésie par le chloroforme. Taxis prolongé sans résultat. Pendant le sommeil chloroformique, on remarque des phénomènes accusés de cyanose qui persistent. — Mort dans la soirée.

Autopsie.—Péritonite généralisée. Sac situé dans le canal crural en dedans de la veine fémorale ; sa cavité est vide ; ses parois sont épaïs-

sies par des couches de tissu graisseux. L'intestin hernié est rentré dans l'abdomen. « On aperçoit à 15 centimèt. environ du cœcum une sorte d'élévation *n'intéressant qu'une paroi du conduit*. Un aspect noirâtre témoigne de la constriction au niveau de l'orifice crural : *donc pincement de l'intestin* par le collet d'un sac inhabité ».

OBSERVATION XXVII.

(Empruntée à la *Gazette médic. de Paris*, 1871, pag. 382.)

Une femme de 40 ans entre à l'hôpital pour deux hernies crurales. Son ventre était ballonné ; des vomissements avaient eu lieu à plusieurs reprises. Pendant la nuit elle eut *une garde-robe*. Le lendemain matin, considérant que l'étranglement ne paraissait pas intense, on sursit à l'opération. *Des selles nombreuses* se succédèrent coup sur coup, et la malade succomba dans l'après-midi à un véritable choléra herniaire.

Autopsie.—On trouva d'abord les deux hernies crurales. Toutes deux offraient une certaine liberté ; elles rentraient et sortaient facilement. De plus, il y avait à droite *un pincement de l'intestin* à travers le trou obturateur, pincement fort léger, ne se traduisant par aucun signe à l'extérieur, et ne pouvant empêcher en aucune façon le cours des matières.

OBSERVATION XXVIII.

(LE DENTU ; *Dictionn. de Méd. et de Chir. prat* , pag. 589.)

Une vieille femme de 80 ans entre à la Pitié au mois d'août 1865 avec une hernie crurale étranglée depuis cinq jours. Un lavement purgatif donné le soir de son arrivée est suivi dans la nuit d'une abondante diarrhée.

Tarnier, suppléant alors Richet, croit quand même à la nécessité de l'opération ; mais la malade s'y refuse obstinément. La diarrhée continue aussi abondante, et la mort survient environ quarante-huit heures après l'entrée. *A l'autopsie*, je trouve *l'intestin pincé* et retenu dans un petit sac de 3 centim. de profondeur environ ; la portion d'intestin non engagée a 12 millim., mesurée dans le sens de la circonférence de l'intestin, ce qui donne pour le diamètre du pertuis resté

perméable 4 millim., chiffre qu'il faut réduire encore si l'on veut tenir compte du gonflement des parties que la mort avait certainement diminuées.

OBSERVATION XXIX.

(Par M. KIRMISSON, Interne des Hôpitaux.)

Rapportée par LOVIOT. Thèse, 1879.

Une femme de 55 ans entre le samedi 20 ... 1875 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, présentant au plus haut point les symptômes de l'étranglement herniaire. Ces phénomènes remontaient au mardi 16 février.

A l'examen du ventre, hernie ombilicale du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tumeur, qui existe depuis vingt-cinq ans, qui n'a jamais été contenue par un bandage, ni jamais réductible, n'est évidemment pas le siège de l'étranglement : elle est souple, sans empâtement, non douloureuse, très sonore en tous ses points, etc. On peut se demander s'il n'existe pas un étranglement interne. Mais lorsqu'on vient à palper soigneusement et un peu profondément le ventre, à la limite de la région ombilicale et de la région épigastrique, on détermine en ce point une vive douleur, et la percussion dénote là une matité relative qui contraste avec la sonorité tympanique des points environnants ; enfin on reconnaît l'existence d'un empâtement globuleux, mal limité, mais sans rapport avec la hernie ombilicale située au-dessous. On ne sent en effet aucun pédicule, aucun lien réunissant ces deux tumeurs. Il s'agit donc probablement d'une hernie de la ligne blanche située au-dessous de l'anneau ombilical, hernie intestinale étranglée, mettant complètement obstacle au cours des matières et produisant les accidents actuels. L'opération ne précéda que de quelques heures la mort de la malade.

Autopsie.— Elle a entièrement confirmé le diagnostic. Le ligament falciforme du foie doublé d'une épaisse couche de graisse, s'engageant dans un orifice de la ligne blanche, à trois travers de doigt environ au-dessus de l'orifice de la hernie ombilicale, par un orifice beaucoup plus petit, recouvrait l'intestin, reconnaissable à son aspect violacé. *Il s'agissait d'un pincement de l'intestin, qui en oblitérait entièrement le calibre.*

OBSERVATION XXX (Résumée).

(Par LEROUX, Interne des Hôpitaux.)

Thèse Loviot, pag. 53.

Lec... , Félicité, ressent, à la suite d'un effort, une douleur abdominale assez vive ; puis elle est prise de nausées et de vomissements alimentaires et bilieux. Les garde-robes sont complètement supprimées. Aucun gaz ne sort par l'anus, le ventre se ballonne, les traits sont altérés. Les vomissements deviennent fécaloïdes. Au-dessous de l'arcade fémorale droite, on trouve la peau tendue, sans coloration, soulevée par une tumeur rénitente en un point. L'entérotomie est pratiquée et procure à la malade un soulagement passager. — Mort dans la soirée.

Autopsie. — Péritonite généralisée. « Lorsqu'on regarde l'intestin au niveau du pli crural, on voit qu'il ne s'est engagé dans le canal crural qu'une partie de sa circonférence. Il n'y a là qu'un pincement latéral. Aussi sa cavité, quoique fortement diminuée, n'est pas complètement oblitérée ; on peut faire passer le petit doigt du bout supérieur vers le bout inférieur en contournant l'éperon formé en ce point. Le mésentère est tendu, il y a là un coude très marqué de l'intestin. La portion herniée est du volume d'une noisette, offre une coloration violacée, noirâtre, mais ne présente aucune perforation.

OBSERVATION XXXI.

(GUINARD ; Soc. de Chir., 1880.)

Ab... , Jules, charretier, est porteur d'une hernie inguinale droite volumineuse, qu'il a *de naissance*, dit-il, et qui était à l'ordinaire assez mal maintenue par un mauvais bandage.

Le mercredi 5 mai, il reçoit dans le ventre un violent coup de timon de charrette, et au même moment une portion considérable d'intestin vient faire hernie dans les bourses malgré son bandage. A partir de ce moment, il est pris d'un malaise qui s'accroît le jeudi et le force à se mettre au lit. Le vendredi soir, il est pris de vomissements. Un médecin constate, le samedi matin, une émission de gaz par l'anus, et donne un purgatif d'essai, après avoir pratiqué un taxis infructueux.

Et comme à sa visite du dimanche il apprend que le purgatif a été vomé, que l'émission de matières fécales et de gaz par l'anus est complètement supprimée depuis la veille, il conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, le dimanche 9 mai, à 3 heures de l'après-midi, le malade se présente avec tous les symptômes de l'étranglement ; les vomissements fécaloïdes et la constipation absolue ne font pas défaut. La tumeur est de la grosseur d'une tête de fœtus, sonore à la percussion. La réduction est opérée sous le chloroforme. Une heure après, le malade mourait sans que les accidents aient cessé un seul instant.

Autopsie. — Elle démontra qu'il s'agissait d'une fausse réduction, ou d'une réduction apparente. La hernie se composait de deux parties : l'une, énorme, qu'on avait réduite ; l'autre, très petite, était formée par un diverticule de l'anse intestinale la plus déclive. Ce diverticule ne comprenait pas tout le calibre de l'anse, et il restait, entre le collet de l'étranglement et le bord mésentérique de l'anse étranglée, un petit espace suffisant pour expliquer la persistance de l'émission de gaz par l'anus. C'était en réalité un pincement latéral de l'intestin.

OBSERVATION XXXII.

(Par BRUNON, Interne des Hôpitaux.)

Bull. Soc. Anatom. 1883.

Madeleine S..., âgée de 68 ans, entrée dans le service de M. Desprès à la Charité, est dans une anxiété extrême.

Elle accuse une très vive douleur dans les régions péri-ombilicale et inguinale gauche ; elle a des hoquets réitérés, et on apprend qu'elle a vomé toute la nuit. Les matières vomées ont été conservées ; c'est un liquide incolore, mais qui a laissé déposer des matières gommeuses, non fétides.

En découvrant la malade, on voit immédiatement un ventre ballonné, mais laissant apercevoir les anses intestinales nettement dessinées. Dans la région crurale, une tumeur du volume d'une noix, très douloureuse, dure et résistante.

La malade affirme qu'elle n'a jamais eu de hernie, qu'elle ne soupçonnait même pas l'existence de celle qu'on vient de découvrir. Elle affirme en outre qu'elle a eu des selles nombreuses et liquides la veille de la nuit précédente, et qu'enfin elle a rendu des gaz le matin même.

Le diagnostic, hernie crurale avec symptômes d'étranglement, était évident, mais la marche tout à fait anormale des accidents ne l'était pas moins. M. Desprès fait remarquer qu'on est là en présence d'un cas tout à fait insidieux ; il n'hésite cependant pas à opérer.

A l'ouverture du sac, il s'écoule une petite quantité de liquide grisâtre, un peu fétide, et on tombe sur l'intestin, qui forme une tumeur du volume du petit doigt, mais allongée et ne mesurant pas 2 centim. ; l'intestin est blafard, mais ne présente nullement la couleur feuille morte classique. M. Desprès fait trois débridements et réduit l'intestin.

L'anxiété de la malade n'avait fait qu'augmenter. Deux heures après l'opération, elle eut deux frissons violents avec claquements de dents ; quatre heures plus tard, la mort survint.

Autopsie.— On trouva toutes les lésions d'une péritonite aiguë.

L'anse intestinale étranglée ne l'était que sur une portion seulement de sa circonférence ; elle n'était donc que *pincée latéralement*. Le bord mésentérique était toujours resté dans la cavité péritonéale ; entre ce bord et la partie serrée, il persistait un canal parfaitement perméable, et dont le diamètre égalait la moitié du diamètre normal de l'intestin ; enfin la partie pincée avait la forme d'une véritable ampoule du volume d'une noisette. Un sillon très nettement dessiné la séparait de la portion saine de l'intestin.

OBSERVATION XXXIII.

(TÉDENAT ; *Montpellier Médical*, 1885.)

M^{me} R..., âgée de 68 ans, est atteinte depuis une vingtaine d'années d'une hernie crurale qui a été assez irrégulièrement maintenue par un bandage. Depuis quelques semaines, le brayer n'étant pas porté, la hernie sortait le jour, rentrait habituellement la nuit. A la suite d'un effort fait le 18 mai 1883 dans la soirée, elle est sortie un peu plus volumineuse qu'à l'ordinaire et n'a pas pu être réduite. Dans la nuit, quelques douleurs ont apparues dans le bas-ventre. Le 19 au matin, nausées ; la malade se lève dans la journée ; le soir, vomissements alimentaires. Le 20 au matin, quelques hoquets, vomissements fécaloïdes ; ventre ballonné peu douloureux. Le 20 mai, je trouve au-dessous de l'arcade crurale une tumeur dure, du volume d'un petit œuf de poule. Son grand axe, dirigé en bas et en dedans, se termine en dehors

au voisinage de l'artère fémorale. Elle paraît divisée en deux lobes latéraux ; l'externe est plus gros et plus saillant que l'interne. Les selles et les émissions gazeuses par l'anüs sont supprimées depuis le 18 dans la soirée; le faciès est grippé; le pouls petit, régulier, à 120; la température plutôt abaissée; le ventre ballonné, douloureux à la pression. Hoquet, respiration rapide, pénible, avec des arrêts. Il y a manifestement un étranglement serré et une dépression menaçante du système nerveux. Je conseille d'anesthésier la malade, de tenter un taxis modéré, et, s'il ne réussit pas, de pratiquer séance tenante la kélotomie.

La kélotomie est pratiquée.

Sous la peau, capsule graisseuse contenant régulièrement une petite anse intestinale complète qui s'est portée en dehors et est fortement serrée par un orifice arrondi, fibreux, du fascia cribriformis.

Cet orifice est débridé, et, après incision plus large du sac, je constate que cette anse passe en dehors du ligament de Gimbernat. Elle est appliquée contre son bord, très facile à sentir. De plus, à travers la partie moyenne du même ligament passe une *anse incomplète*, du volume d'une noix, fortement serrée et très congestionnée, d'un rouge sombre. L'orifice situé à la partie moyenne du ligament est débridé sur une faible longueur en bas et en dedans. Je constate sur la partie herniée un sillon profond non ulcéré qui occupe les deux tiers environ du pourtour de l'intestin du côté opposé à l'insertion du mésentère. La grosse anse externe, moins serrée, est aisément libérée, et l'intestin est attiré au dehors. Il est facile de voir, grâce aux sillons de contraction, la disposition des parties étranglées; le segment atteint de *pincement latéral* est situé à 5 centim. de distance du sillon de l'étranglement de l'anse complète. Après lavage phéniqué, la réduction est opérée sans difficulté. Le sac est suturé.

Pansement antiseptique et compressif. — Guérison.

DEUXIÈME PARTIE

DES HERNIES DIVERTICULAIRES ÉTRANGLÉES.

On donne le nom de hernies diverticulaires à des tumeurs formées par la sortie hors de l'abdomen de certains appendices, naturels ou accidentels, du tube intestinal. Ces appendices peuvent être de plusieurs sortes, suivant leur mode de formation et leur constitution, et l'on en a distingué, en effet, deux espèces : les diverticules faux ou accidentels et les diverticules vrais ou congénitaux. Enfin, l'appendice cœcal, à son tour, constitue une troisième espèce de diverticules, espèce toute naturelle, celle-là, et que nous ne faisons que mentionner.

L'existence de ces appendices est connue depuis longtemps. Ruysch paraît être le premier qui ait constaté et noté cette anomalie. Il en a donné une description dès 1698 dans son *Thesaurus anatomicus*. Et il avait été amené par le raisonnement à penser que ces diverticules de l'intestin pouvaient entrer dans la constitution d'une hernie et donner lieu à des symptômes différents de ceux qui caractérisent les hernies ordinaires. En 1700, Littre communiqua une observation de ce genre à l'Académie des Sciences (voir Historique). L'année suivante, Méry publiait un cas semblable, et depuis lors des faits analogues se sont multipliés.

Avant de faire l'étude de ces hernies, nous croyons nécessaire d'exposer en peu de mots l'anatomie et le mode de production de ces appendices anormaux.

ANATOMIE.

1^o DIVERTICULES FAUX OU ACCIDENTELS. — Les faux diverticules ne sont autre chose qu'une hernie de la muqueuse de l'intestin à travers les couches musculaires de cet organe. La manière dont ils se forment paraît assez facile à expliquer. Haller les attribue à la faiblesse des parois intestinales. D'autres leur donnent pour cause l'absence de parois musculaires sur certains points de l'intestin. Certains enfin mettent ces diverticules sur le compte de la constipation, et ils en donnent comme preuve leur fréquence chez le vieillard. A quelque cause qu'on les rapporte, voici comment ils se développent. La muqueuse de l'intestin, pressée excentriquement de dedans en dehors, s'engage à travers les fibres musculaires, qui s'écartent pour la laisser passer. Ces diverticules sont recouverts par le péritoine. « Ils prennent toujours naissance, d'après M. le professeur Tédénat, au voisinage de l'insertion du mésentère, le plus souvent entre ses deux feuillets, et ont une forme arrondie. » Ces détails sont importants à noter : ils nous aideront à établir une différence entre ces diverticules et les diverticules congénitaux, qui naissent au contraire presque toujours sur le bord convexe de l'intestin, du côté opposé à celui où se fait l'insertion du mésentère. Leur forme, avons-nous dit, est arrondie. Leur volume peut varier de celui d'une noix à celui d'une pomme, mais leur aspect est presque toujours globuleux, et c'est encore là un caractère qui les distingue des vrais diverticules, qui sont le plus souvent en forme de doigt de gant. Pourtant Cazin¹, à qui nous empruntons la majeure partie de ces détails, prétend en avoir rencontré d'absolument analogues aux vrais diverticules. Quant à leur constitution, elle est simple. Leurs parois sont minces et transparentes, et cela pourrait encore les distinguer des autres diverticules qui, nous le verrons,

¹ Cazin ; Thèse de Paris, 1862.

ont une constitution absolument semblable à celle des parois intestinales.

Leur nombre variable est toujours multiple, et Cruveilhier en a trouvé plusieurs centaines sur le corps d'Alibert. Les diverticules vrais, au contraire, sont en nombre unique, et c'est maintenant leur étude que nous allons faire.

2° DIVERTICULES VRAIS OU CONGÉNITAUX. — Avant de faire la description anatomique de cette seconde espèce de diverticules, nous croyons nécessaire d'entrer un moment dans le domaine de l'embryologie, pour bien mettre en lumière leur mode de production.

Le feuillet interne du blastoderme limite d'abord une cavité unique, arrondie, à la périphérie de laquelle va se développer, à la partie interne du point occupé par l'embryon, l'appareil digestif du nouvel être et les annexes qui y sont attachés. Le reste de la cavité est formé par la vésicule ombilicale ; mais au début de la période embryonnaire, vésicule ombilicale et intestin communiquent largement et ne sont séparés que par un léger resserrement. « A son début, dit Sappey, l'appareil de la digestion, qui sera bientôt si compliqué, revêt donc l'aspect d'un simple segment d'ovoïde regardant par sa concavité la vésicule ombilicale et se continuant avec celle-ci par sa circonférence. »

Peu à peu le resserrement dont nous avons parlé s'accroît, l'étranglement devient plus manifeste, la cavité primitive limitée par le feuillet interne se divise, et il en résulte deux cavités secondaires, nettement séparées par un conduit qui devient de jour en jour plus étroit et qui a reçu le nom de *canal vitello-intestinal*. Ce canal, qui fait communiquer la vésicule ombilicale avec l'intestin, vient s'aboucher dans l'intestin moyen, à la partie la plus élevée d'une anse que forme cet organe en s'éloignant de la paroi abdominale postérieure, et qui a reçu le nom d'*anse iléo-cæcale*.

Au moment de sa plus grande activité, la vésicule ombilicale est entourée d'un riche réseau vasculaire qui se compose de deux artères et de deux veines, *les artères et les veines omphalo-mésentériques*, communiquant ensemble. Ces quatre vaisseaux concourent à former le conduit vitello-intestinal dont nous avons précédemment parlé, et dont nous allons maintenant suivre le développement rétrograde.

A partir du vingt-cinquième jour environ, la vésicule ombilicale, qui a acquis en ce moment son plus grand développement, commence à s'atrophier. Son pédicule s'allonge et la vésicule se dirige à l'extrémité opposée du cordon, en un point situé en face de celui qu'occupe l'embryon. Son pédicule, tirillé en raison directe de l'éloignement de la vésicule, participe de cette atrophie : les artères et les veines omphalo-mésentériques disparaissent aussi, et bientôt, vers le second mois de la vie fœtale, toute communication a disparu entre la vésicule ombilicale et l'intestin. Le conduit vitello-intestinal s'est rompu et est rentré dans l'abdomen.

Voilà ce qui se passe à l'état normal et le plus ordinairement. Mais il peut arriver quelquefois que la vésicule ombilicale et le conduit vitello-intestinal persistent plus ou moins longtemps chez l'embryon. Quelques auteurs les auraient rencontrés au cinquième mois de la vie fœtale, et même lorsque l'embryon est arrivé au terme régulier de la grossesse. Enfin, certains observateurs auraient même retrouvé chez l'adulte des restes des vaisseaux omphalo-mésentériques, ainsi que Spandenberg et Tiedman en rapportent des observations.

« De l'existence de ces anomalies à celle des diverticules intestinaux, il n'y a pas bien loin, dit Cazin. Au lieu de se séparer de l'intestin, le ductus vitello-intestinal accompagné des vaisseaux omphalo-mésentériques persiste, et un canal s'étend de l'iléon à la face antérieure de l'abdomen. Dans d'autres cas, cette connexion n'a pas lieu, et l'anse iléo-cœcale rentre dans la cavité abdominale

en entraînant une portion du conduit de la vésicule, qui dès lors, faisant pour ainsi dire partie intégrante de l'intestin, se développe avec lui. Dans le premier cas, on a affaire au diverticule que nous appellerons *iléo-ombilical*, à cause de ses connexions ; dans le second, c'est le diverticule *intestinal* ou diverticule proprement dit. »

C'est celui-ci seul qui nous intéresse et dont nous allons maintenant poursuivre la description.

Le diverticule iléal ou diverticule proprement dit se rencontre assez fréquemment. « L'iléon présente souvent un diverticulum ou appendice tubulé », dit M. Tédénat. Nous ne nous attarderons pas à remettre ici en évidence les différences qui séparent les diverticules vrais des diverticules faux ou accidentels. Nous nous en tiendrons à ce que nous avons déjà dit sur ce sujet. Ordinairement en nombre unique, il n'est pas d'observation à notre connaissance où l'on en ait rencontré plusieurs, et M. Meckel dit que les cas où l'on en a vu deux ou trois peuvent être considérés comme une anomalie de l'anomalie. Ces diverticules s'insèrent toujours sur l'intestin grêle par une de leurs extrémités et flottent par l'autre dans la cavité abdominale. Cette insertion se fait le plus ordinairement sur le bord convexe de l'intestin, mais elle n'est pas constante, ainsi que le prétendent quelques auteurs, et l'on aurait tort d'être exclusif à cet endroit. Ils peuvent naître des parties latérales de l'intestin, et notre ami, M. Cros, en a récemment déposé un exemple au musée anatomique de cette École : ce diverticule naissait sur la face antéro-latérale de l'intestin et se couchait sur le mésentère, en faisant avec l'axe de l'intestin un angle aigu ouvert en arrière. Enfin, ils peuvent prendre aussi naissance sur le bord mésentérique.

L'insertion de ces diverticules se fait toujours à l'iléon, à une distance de la valvule iléo-cœcale qui varie de 1 à 3 pieds. Quant à leur longueur, elle est variable : la longueur minimum est de 1 pouce ; quelques auteurs, Dexpers entre autres, les ont vus arriver

comme longueur maximum jusqu'à 10 pouces, et Schmidt jusqu'à 24 centim.; leur longueur habituelle varie de 2 à 4 pouces. Quant à leur largeur, elle est en général la même que celle de l'intestin ou à peu près.

Leur forme est habituellement cylindrique, en doigt de gant. Ils peuvent présenter plusieurs bosselures, et quelquefois même des hernies de leur muqueuse; en un mot, avoir de faux diverticules entés sur leurs parois.

Quant à leur structure, elle diffère complètement de celle des diverticules accidentels. Alors que ces derniers sont formés seulement de la muqueuse intestinale, les vrais diverticules présentent une structure analogue ou presque analogue à celle de l'intestin. En outre du péritoine, qui les recouvre le plus ordinairement, au moins en partie, on y rencontre encore une couche superficielle de fibres musculaires longitudinales; une couche profonde de fibres circulaires et une membrane muqueuse à l'intérieur. Enfin ces diverticules ont aussi des artères et des veines.

Voilà ce que nous avons à dire sur l'anatomie des diverticules vrais. Ajoutons cependant que l'origine congénitale de ces diverticules, telle que l'embryologie nous l'a enseignée, n'a pas toujours été admise par tout le monde. Les premiers observateurs pensaient que leur formation avait toujours une hernie pour point de départ et était exclusivement mécanique. D'après eux, une partie de la circonférence intestinale, engagée dans un orifice naturel, aurait subi peu à peu une pression de dedans en dehors, sous l'influence de diverses causes, et se serait allongée en appendice tubuliforme. Ce mode de formation peut être réel, mais nous le croyons rare, et aujourd'hui, grâce aux travaux de Meckel, qui leur a donné son nom, l'origine congénitale de ces diverticules, telle que nous l'avons exposée, n'est guère plus contestée par personne.

PATHOLOGIE.

Nous n'insisterons pas sur les divers accidents que peuvent faire naître les diverticules intestinaux. Il ne saurait entrer dans le cadre de notre sujet de parler, par exemple, des constrictions que ces appendices peuvent produire, soit en s'enroulant autour d'une anse intestinale, soit en formant par l'adhérence de leur extrémité libre à la paroi abdominale, au mésentère et même à l'intestin, des brides annulaires dans lesquelles vient parfois s'engager et s'étrangler une portion du tube intestinal. Nous n'avons pour but que d'étudier les complications que les diverticules produisent lorsqu'ils s'engagent à travers les orifices de la paroi abdominale, et c'est ce dernier point seul que nous examinerons, sans nous préoccuper des accidents qu'ils occasionnent ou peuvent occasionner, tant qu'ils demeurent inclus dans l'abdomen.

HERNIES DIVERTICULAIRES.

Les diverticules dont nous venons de faire la description anatomique et qui flottent librement dans l'abdomen, au voisinage des ouvertures naturelles de la paroi antérieure du ventre, peuvent, comme l'intestin, dont ils ne sont qu'une dépendance, s'engager à travers ces ouvertures et constituer des hernies, soit crurales, soit inguinales, etc. Certains auteurs, Littre entre autres, avaient émis l'idée que ces processus diverticulaires ne pouvaient que très difficilement s'engager à travers les ouvertures de la paroi abdominale, précisément à cause de leur mobilité. Et c'était une des raisons qui leur faisait admettre l'origine mécanique du diverticulum que nous avons exposée plus haut. Nous ne nous rendons pas bien compte, il faut l'avouer, des raisons qui ont pu amener ces auteurs à croire que la mobilité de ces appendices

était un obstacle à leur sortie de l'abdomen, et nous ne comprenons pas bien pourquoi ces diverticules n'obéiraient pas aux mêmes influences qui font parfois s'engager une partie quelconque du tube intestinal à travers les orifices inguinal ou crural par exemple. Nous ne voyons donc rien qui milite en faveur de l'opinion de Littre, et nous admettrons les hernies diverticulaires acquises et développées sous les mêmes influences que toutes les autres hernies.

Une fois que les appendices sont sortis de la cavité abdominale et qu'ils font hernie à l'extérieur, à quels accidents peuvent-ils donner naissance ? Ces diverticules s'étranglent-ils, ou bien au contraire, comme le veut Broca, les accidents qu'ils peuvent provoquer sont-ils le résultat de l'inflammation seule ? Nous n'avons pas l'intention de recommencer ici l'ancienne discussion de l'étranglement et de l'inflammation : nous exposerons seulement d'une façon sommaire les opinions des partisans de l'un et de l'autre de ces processus pathologiques, qui aboutissent d'ailleurs tous les deux aux mêmes symptômes.

Pour Broca, les accidents produits par la présence des diverticules congénitaux dans une hernie ne reconnaîtraient pas pour cause l'étranglement de ces diverticules, et il cite à l'appui de son assertion l'observation suivante, où la ligature de l'appendice ne donna lieu à aucun symptôme.

PREMIÈRE OBSERVATION.

(AMYAND ; *in* Planque, *Bibl. choisie de Méd.*, 1749.)

Enfant de 11 ans. Hernie ancienne. Il s'est établi, il y a deux mois, une petite fistule stercorale qui s'ouvre entre le scrotum et la cuisse. Il n'y a aucun accident aigu, mais la tumeur et la fistule sont incommodés, et l'enfant entre à l'hôpital pour y subir une opération. Le sac ouvert, on trouve dans la hernie un peu d'épiploon et un intestin terminé en cul-de-sac qu'on prend pour l'appendice cœcal ; une épingle incrustée de matière pierreuse a perforé cet intestin et a été la cause

de la fistule. L'épiploon est excisé. L'appendice est lié à deux pouces au-dessus de l'épingle et excisé au-dessous de la ligature. Aucun accident. Le dixième jour, la ligature tombe, les matières fécales ne sortent plus. Au bout d'un mois, la guérison est complète.

L'observation clinique confirme jusqu'à un certain point l'opinion de Broca, puisque dans la majorité des cas recueillis par les auteurs les accidents reconnaissent pour cause, soit l'engouement du diverticule, soit la présence dans son intérieur de corps étrangers ou de vers intestinaux, soit enfin un traumatisme quelconque.

Cependant, de leur côté, Morgagni, Littre et Méry admettent, au contraire, que le diverticule peut s'étrangler. Nous ne nous prononcerons pas pour l'une ou l'autre de ces opinions, qui ont chacune pour elle des auteurs également recommandables. Et d'ailleurs, nous le répétons, que l'étranglement soit primitif ou qu'il soit au contraire précédé de l'inflammation, cela nous importe peu; ces discussions, intéressantes en théorie, n'ont pour nous aucun intérêt pratique, et les symptômes que présentent les malades n'en sont en rien modifiés.

SYMPTÔMES.— Les symptômes des hernies diverticulaires sont de deux sortes : locaux et généraux.

Symptômes locaux.— Ordinairement assez volumineuses, ces hernies sont cylindriques, tubuliformes, s'engageant par l'une de leurs extrémités dans une des ouvertures de la paroi abdominale, tandis que l'autre extrémité finit insensiblement, soit dans les bourses, où elle peut simuler une inflammation du cordon, soit au-dessous du ligament de Poupart, au pli de l'aîne. Cazin décrit l'aspect d'une hernie diverticulaire inguinale de la façon suivante : « Je sentis, à la partie supérieure du scrotum du côté droit, une tuméfaction inaccoutumée, molle, un peu pâteuse, cylindrique, de la grosseur d'un doigt, ayant la forme du cordon spermatique, et paraissant faire corps avec lui. La partie inférieure s'effaçait

insensiblement ; la supérieure s'enfonçait dans le canal inguinal. »

Ces hernies deviennent irréductibles lorsqu'elles s'étranglent, et provoquent alors des douleurs plus ou moins vives. La partie où siège la hernie augmente de volume, se gonfle, se tuméfie. La peau rougit ; la tumeur, d'abord dure et tendue, devient fluctuante ; puis, en un point quelconque, il se fait une petite élevation et une ouverture se produit. Cette ouverture donne issue à des matières fécales, et il en résulte une fistule stercorale, c'est-à-dire un véritable anus contre-nature, mais de dimensions moindres.

Symptômes généraux.— Les symptômes généraux et abdominaux des hernies diverticulaires étranglées ont beaucoup d'analogie avec ceux du pincement latéral de l'intestin que nous avons passés en revue dans la première partie de ce travail. Aussi leur étude ne nous arrêtera-t-elle pas longtemps.

« On prétend, dit Richter¹, que dans cet étranglement le ventre est libre, que l'inflammation, la douleur, la fièvre, le hoquet et le vomissement sont peu considérables, et que le ventre n'est ni gonflé, ni douloureux, ni tendu. Mais cette différence dans les symptômes ordinaires de l'étranglement ne met point le chirurgien en état de prédire avec sûreté que la hernie est formée par un appendice ; et d'ailleurs les symptômes ne sont pas à beaucoup près toujours aussi légers. On a vu les symptômes les plus violents accompagner l'incarcération d'un appendice ; et Wedekind a l'observation d'une semblable hernie étranglée qui causa la mort. »

Nous retrouvons donc ici la même variabilité de symptomatologie que nous signalions dans le pincement herniaire. Le malade peut continuer d'aller à la selle, ne souffrir que de légères coliques, et voir survenir insidieusement une fistule stercorale à la suite de la mortification d'un diverticule étranglé. D'autres fois, au contraire, on observe le cortège complet ou à peu près com-

¹ Ouvrage cité.

plet des symptômes de l'étranglement : la constipation, les vomissements de matières fécales, le faciès et le pouls caractéristiques, etc., etc., ne font pas défaut. Et lorsqu'il en est ainsi, il faut bien admettre autre chose que l'obstacle purement mécanique pour expliquer des accidents aussi alarmants, puisque l'intestin, n'étant en rien diminué dans son calibre, pourrait encore livrer passage aux matières, si une cause d'un autre ordre l'empêchait de remplir les fonctions physiologiques qui lui sont dévolues. Cette cause, nous la retrouvons dans la paralysie réflexe, que nous avons déjà admise pour le pincement latéral, et de l'existence de laquelle nous avons ici une nouvelle et solide preuve. N'est-ce pas d'ailleurs encore à cette même action réflexe qu'il faut attribuer les violents symptômes d'étranglement dont deviennent parfois le point de départ des organes complètement étrangers à l'intestin et n'affectant avec lui que des rapports de voisinage, tels qu'une épiploïte, la présence d'un calcul dans le canal cholédoque, un testicule en ectopie atteint d'orchite, etc. ? « En l'absence de lésion locale, dit Thibierge (Thèse, Paris, 1884), il faut faire intervenir une connexion d'une autre nature entre l'organe primitivement malade et celui sur lequel retentit cette affection première, et cette connexion ne peut être trouvée que dans le système nerveux ».

DIAGNOSTIC. — De même que la symptomatologie, le diagnostic des hernies diverticulaires étranglées offre une grande ressemblance avec celui du pincement latéral. Nous nous en tiendrons donc à ce que nous avons dit à propos de ce dernier.

Ainsi, il sera souvent difficile de distinguer l'une de l'autre ces deux affections. Un caractère important, mais non constant, peut cependant servir à porter ce diagnostic différentiel. Nous voulons parler de la forme et du volume de la tumeur, qui dans ce cas est allongée et plus grosse que dans le pincement, où elle est souvent imperceptible.

Il y aurait également un certain intérêt à reconnaître si l'on a affaire à un diverticule iléal ou cœcal. Cette distinction ne devient possible que par l'autopsie ou par l'opération, et encore peut-elle même alors donner lieu à des hésitations. D'après Cazin (Thèse citée), la présence d'un sac donne quelques probabilités à l'existence d'un diverticule iléal.

TRAITEMENT. — Quant au traitement, il est le même que celui qu'on met en usage dans les cas ordinaires d'étranglement.

Signalons cependant un point particulier dans l'opération.

Le diverticule étant découvert, le chirurgien peut se demander s'il doit le réduire ou l'exciser. Richter avait résolu la question de la façon suivante : « Si l'appendice est formé de membranes très minces et faibles, ou si ces membranes sont dures, calleuses, ou son ouverture très petite, on a tout lieu de craindre qu'il s'y forme, par la suite, une accumulation d'excréments, et il pourrait bien être très prudent de le couper. Si l'appendice, au contraire, a la même structure que l'intestin, si ses tuniques sont saines, fortes, pourvues de fibres charnues, si son ouverture et le reste de sa cavité sont larges, on a peut-être moins à craindre, par la suite, une accumulation d'excréments et on peut hasarder la réduction.

Pareille hésitation ne saurait se produire si le diverticule était gangrené. Dans ce cas, en effet, on devra toujours l'exciser. Si la gangrène porte seulement sur sa partie inférieure, on place une ligature à quelques centimètres au-dessus de la partie affectée, le plus près possible de l'intestin, et on laisse cette ligature dans la plaie jusqu'à ce que le fil se détache. On pourra également sectionner d'un coup de ciseaux le diverticulum au-dessus du sillon d'étranglement, retourner en dedans ses parois, et adosser ainsi les surfaces sereuses que l'on suture ensuite. Si la gangrène, plus étendue, a envahi tout le diverticule jusqu'à l'intestin, il n'y a plus qu'à établir un anus contre-nature, contre lequel on dirigera plus tard les moyens chirurgicaux usités en pareil cas.

OBSERVATION II.

(MÉRY; *Mém. de l'Acad. des Scienc.*, 1701, pag. 369.)

Garçon de 18 ans, vomissant depuis quatre à cinq jours des matières fécales. — Taxis. On réduit la tumeur. Le malade meurt dans la nuit. A l'autopsie: Inflammation des intestins grêles. On trouve derrière les anneaux des muscles un diverticulum intestinal long de 3 pouces, semblable au pis d'une vache. Ses membranes étaient beaucoup plus épaissies que celles de l'iléon, ses vaisseaux plus gonflés, et sa couleur était d'un rouge brun; ces trois derniers caractères étaient des preuves évidentes que cet intestin avait souffert un étranglement dans les anneaux des muscles.

OBSERVATION III.

(TÉDENAT; *Montpellier Médical*, mai 1885.)

Eugène P..., 39 ans. Hernie inguinale droite ancienne et de petit volume. Le 22 juin 1875, dans un violent effort de toux, la hernie sortit plus grosse qu'à l'ordinaire et ne tarda pas à devenir douloureuse. Il continua cependant son travail pendant les deux jours suivants: les douleurs augmentèrent; anorexie absolue, selles diarrhéiques peu abondantes, mais coïncidant avec d'assez vives coliques. Dans la nuit, quelques mouvements de hoquet, des nausées pénibles. Entré à l'hôpital le 25, à 9 heures du matin. La tumeur descend dans les bourses, dure, tendue, douloureuse; ventre très modérément ballonné, sensible à la pression seulement dans la fosse iliaque. Émission de gaz par l'anus; pas de selles depuis hier soir; plusieurs vomissements bilieux ce matin. Faciès grippé. Pouls à 120. A 10 heures, le taxis est pratiqué sans succès, la partie herniée paraît fortement serrée. — Kélotomie. Le sac ouvert, le chirurgien tombe sur une anse longue de 7 à 8 centim., terminée en cæcum et adhérant fortement au fond du sac. Débridement du collet. Sillon ulcéré. La partie est attirée au dehors sur une longueur de 5 centim. au-dessus du sillon d'étranglement; alors on voit ce vrai diverticule se brancher à angle droit sur l'intestin grêle, qui, sauf un certain degré de congestion, paraît complètement sain. Section du diverticulum un peu au-dessus

du sillon d'étranglement, retournement en dedans et adossement des surfaces séreuses par six points de suture en fil de soie. La partie suturée est maintenue au niveau de l'anneau. — Pansement phéniqué sans suture des téguments. Un mois après, la guérison était complète, sans accidents notables.

OBSERVATION IV.

(TÉDENAT ; *loc. cit.*)

Un homme de 60 ans porte une fistule stercorale s'ouvrant un peu au-dessous de l'orifice inférieur du canal inguinal droit. Elle était survenue au mois de juin 1886, à la suite d'accidents d'étranglement herniaire qui évoluèrent sans aucun traitement médical autre que l'application de cataplasmes. A cette époque, le malade resta quatre ou cinq jours sans aller à la selle ; un abcès s'ouvrit spontanément ; le lendemain, selles abondantes par l'anus et écoulement peu considérable de matières par la plaie. Quand le malade entra à l'hôpital (12 octobre 1871), la fistule, très étroite, laissait couler du mucus mélangé de quelques rares débris de matières. Il se refusa à toute intervention opératoire. Il entra plusieurs fois à l'hôpital pour des poussées inflammatoires au niveau de l'orifice fistuleux, fort heureux d'ailleurs d'avoir une infirmité à exploiter. Le 2 février 1876, il fut admis dans le service du professeur Valette, avec un phlegmon gangréneux étendu au pourtour de sa fistule. Il succomba le 13 février.

Autopsie. — Section de la paroi abdominale. Péritonite. Le diverticulum se prolonge jusqu'à l'orifice externe de la fistule ; il adhère à la paroi abdominale par des tractus cellulo-fibreux anciens ; sa longueur est de 14 centim., son diamètre de 1 centim. environ ; il s'ouvre dans l'intestin grêle à 10 centim. au-dessus de son extrémité inférieure. Il est plusieurs fois coudé par les adhérences. Sa paroi a une structure comparable à celle de l'intestin grêle ; il contient du mucus et une faible quantité de matières fécaloïdes demi-liquides.

OBSERVATION V.

Hernie de l'appendice cœcal. Phénomène d'étranglement interne.

Il est question d'une dame de 60 ans qui portait à la région crurale une tumeur du volume d'un gros œuf de poule et offrait en même

temps tous les symptômes qui caractérisent un *étranglement intestinal*. Le taxis, une médication générale énergique, furent impuissants; l'opération fut décidée. On trouva une hernie de l'appendice vermiculaire du cœcum : il n'existait pas de sac herniaire. L'étranglement était produit par l'orifice interne du canal crural, où la base de l'appendice était fortement serrée. Le débridement fut pratiqué de dehors en dedans sur le ligament de Gimbernat. Lorsqu'il eut élargi cet anneau, M. Cabaret, afin de s'assurer si la hernie était exclusivement formée par cet appendice, la tire doucement en entraînant le cœcum. Un rétrécissement, en manière de collet, démontrait que cette portion d'intestin était étrangère à l'étranglement. La guérison fut facile et le malade guérit.

(*Journ. des Conn. médic. et chir.*, août 1842.)

OBSERVATION VI.

Hernie de l'appendice cœcal, étranglement. Signes d'étranglement interne. Merling en rapporte un exemple : La petitesse de la hernie, qui ne faisait pas saillie à l'extérieur, empêcha de reconnaître la cause des symptômes, et la malade succomba.

A l'*autopsie*, on trouva l'appendice iléo-cœcal gangrené dans le canal inguinal.

(Heidelberg, 1836, *Dissertatio inaug.*)

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 Janvier 1887.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,

G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 Janvier 1887.

Le Doyen,
A. CASTAN.



SÉRMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
